Niveau(x) d'enseignement: 0 Numéro EDUQ : 9570800
Centre d'intérêt: 350

Auclair, Huguette.

Perfectionnement individuel et motivation chez les infirmières en soins de longue durée / par Huguette Auclair. -- [Rimouski] : H. Auclair, 1990.
v, 116 f. ; 28 cm.

"Mémoire présenté à l'Université du Québec à Rimouski comme exigence partielle de la Maîtrise en éducation (M.A.)". Bibliogr.: f. 87-90.

Vedette(s)-secondaire(s): Université du Québec à Rimouski

Descripteur(s): Infirmière * Perfectionnement du personnel * Autoformation * Motivation du personnel * Formation continue * Satisfaction du personnel * Actualisation de soi * Revue de la documentation * Questionnaire * Thèse

Identificateur(s) de nom: Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs

Constatant la démotivation des infirmières oeuvrant en soins prolongés, ce mémoire soutient que la mise sur pied d'un programme de formation où chacune aurait à bâtir son projet individuel de perfectionnement contribuerait à les rendre plus efficaces et satisfaites dans leur travail. Le premier chapitre traite de la problématique de la recherche et le deuxième propose une revue de la documentation sur les concepts de motivation et de formation. Les objectifs poursuivis ainsi que la méthodologie employée sont décrits dans les chapitres deux et trois. Le quatrième présente le traitement des données, les résultats de la recherche ainsi que l'interprétation des résultats. Certaines recommandations sont formulées, en conclusion, pour la mise en pratique des données recueillies. Questionnaire à l'appendice 3.

# PERFECTIONNEMENT INDIVIDUEL

# ET

# MOTIVATION

# CHEZ LES INFIRMIERES EN SOINS DE LONGUE DUREE

PAR HUGUETTE AUCLAIR

MEMOIRE PRESENTE A L'UNIVERSITE DU QUEBEC A RIMOUSKI

COMME EXIGENCE PARTIELLE DE

LA MAITRISE EN EDUCATION (M.A.)

SOUS LA DIRECTION DE M. YVON BOUCHARD, Ph D.

OCTOBRE 1990

707593

B 7 0800

# PERFECTIONNEMENT INDIVIDUEL

# ET

# MOTIVATION

# CHEZ LES INFIRMIERES EN SOINS DE LONGUE DUREE

PAR HUGUETTE AUCLAIR

MEMOIRE PRESENTE A L'UNIVERSITE DU QUEBEC A RIMOUSKI

COMME EXIGENCE PARTIELLE DE

LA MAITRISE EN EDUCATION (M.A.)

SOUS LA DIRECTION DE M. YVON BOUCHARD, Ph.D.

OCTOBRE 1990

## REMERCIEMENTS

Ce mémoire a été réalisé sous l'habile direction de Monsieur Yvon Bouchard, Ph.D., directeur au programme d'études avancées en éducation à l'Université du Québec à Rimouski. Son dévouement, ses conseils et son support constants nous ont été précieux et nous le remercions sincèrement.

Nous tenons aussi à remercier les personnes suivantes:

Madame Yvette Roy-Brousseau, Ph.D., professeur en sciences infirmières à l'Université du Québec à Rimouski, pour son assistance très appréciée en regard de l'aspect soins infirmiers de cette recherche.

Monsieur Raynald Horth, Ph.D., professeur au département des sciences de l'éducation à l'Université du Québec à Rimouski. Ses conseils judicieux m'ont guidée tout au long de la rédaction de la méthodologie de cette recherche.

## LISTE DES TABLEAUX

Page

Tableau 1: Théories de la motivation présentées dans cette revue de littérature.....14

Tableau 2: Motivation et infirmières en soins prolongés.....22

Tableau 3: Motivation et formation.....28

Tableau 4: Résultats de la recherche.....54

## TABLE DES MATIERES


REMERCIEMENTS..... ii

LISTE DES TABLEAUX..... V

INTRODUCTION..... 1

CHAPITRE 1: PROBLEMATIQUE..... 4

CHAPITRE 2: REVUE DE LITTERATURE..... 8

Les théories de la motivation..... 12

Motivation et infirmières en soins prolongés.. 20

Motivation et formation..... 26

CHAPITRE 3: METHODOLOGIE..... 34

Choix de la méthodologie et analyse..... 34

Organisation et cheminement..... 37

Population..... 37

La collecte des données..... 39

Traitement des données..... 46

CHAPITRE 4: DONNEES RECUEILLIES ET RESULTATS..... 50

Présentation des projets individuels..... 50

Résultats généraux..... 53

Accomplissement des tâches professionnelles..... 54

Réalisation de soi..... 59

Satisfaction au travail..... 64

Perception de la profession..... 67

Appréciation du projet..... 68

Données du journal de bord..... 69

Interprétation des données..... 70

CONCLUSION..... 82

BIBLIOGRAPHIE..... 87

APPENDICES: 1. Identification d'un projet individuel de perfectionnement..... 91

2. Suggestions de tâches des infirmières auprès des personnes âgéées et habiletés requises. 108

3. Questionnaire suite à l'activité d'identification d'un projet individuel de perfectionnement..... 115

## INTRODUCTION

Le manque de motivation au travail chez le personnel hospitalier oeuvrant en soins de longue durée est un problème sérieux qui questionne de plus en plus. En effet, nous pouvons observer un effort non constant face à la tâche à accomplir, ce qui laisse supposer un manque d'intérêt.

Dans l'unité de soins de longue durée au Centre Hospitalier Baie des Chaleurs, il nous est donné d'observer cette attitude chez les intervenantes qui oeuvrent auprès des personnes majoritairement âgées. Cette clientèle requiert hébergement, protection, aide physique et sociale, surveillance médicale régulière, soins infirmiers continus. De plus, ces bénéficiaires manifestent, pour environ soixante pourcent (60%) d'entre eux, des signes de confusion pouvant aller de la simple désorientation à l'agressivité et à la régression.

Quand nous observons de près la situation, nous voyons des infirmières se dépêcher à donner les soins ordinaires afin de pouvoir prolonger leur période de repos ou même regarder un programme de télévision. Pendant que certains clients réclament à haute voix une présence ou une assistance, elles sont là à jaser ensemble, attendant la montée des cabarets du repas ou l'heure de l'activité suivante.

De plus, nous entendons certaines réflexions qui traduisent un désintéressement pour le travail en lui-même: "A quoi bon, de toute façon ils sont ici pour mourir" ou "Ca ne donne rien..." ou "Au moins si on voyait des résultats" ou encore "Si on savait exactement quoi faire". Ces paroles réflètent un malaise devant la clientèle et la complexité des soins à donner.

---

Dans ce texte, le genre féminin fait aussi référence aux personnes de sexe masculin.

Ce malaise observé chez les infirmières en soins prolongés m'amène à me poser la question suivante: "Comment intervenir comme infirmière-coordonnatrice dans mon rôle d'éducatrice auprès de ces travailleurs de la santé?"

Legendre (1983) dit que:

> la finalité de l'éducation est le développement harmonieux de toutes les potentialités de l'être humain en vue d'un état supérieur ultime de perfection conférant l'autonomie de croissance, de penser et d'agir. (p. 230)

et que:

> la première mission fondamentale de l'éducation est d'assister l'homme dans son désir d'apprendre à être, à devenir et à se situer. (p. 231)

Aussi, cette recherche veut se situer dans l'axe de cette définition de l'éducation par la façon de traiter le sujet en suscitant la participation active du personnel infirmier en soins prolongés dans son désir de mieux se réaliser à son travail.

Le chapitre premier traitera de la problématique qui sous-tend cette recherche alors qu'une recension des écrits dans le chapitre deuxième nous aidera à mieux comprendre les concepts de motivation et de formation.

Les objectifs poursuivis ainsi que la méthodologie employée seront décrits dans les chapitres deux (2) et trois (3). Le quatrième (4ème) chapitre nous présentera le traitement des données, les résultats de la recherche ainsi que l'interprétation des résultats.

Enfin, en conclusion, certaines recommandations seront formulées pour la mise en pratique des données révélées par cette recherche.

## CHAPITRE PREMIER
## PROBLEMATIQUE

Lorsque nous nous penchons sur le sujet délicat de la démotivation au travail, nous nous apercevons rapidement qu'il est complexe et difficile à cerner. Il se manifeste de façon quelquefois subtile et d'autres fois de façon plus évidente. Voici la perception que nous en avons dans cette recherche.

En 1984, soit un an après l'ouverture du Pavillon, centre de soixante lits de soins prolongés, la direction du Centre Hospitalier réclamait les services d'un psychologue pour aider à accroître la motivation des employés de cette unité. Celui-ci notait alors, dans son rapport, que les intervenants se sentent démotivés d'avoir à travailler avec une clientèle vouée à une détérioration inexorable dont, dira-t-on, "il n'y a pas grand chose à espérer". (Nadeau, 1984)

Aujourd'hui, en 1990, le problème est encore présent bien que modifié. D'après une recherche réalisée au cours de l'été 1988 auprès de quarante-quatre (44) intervenants, dix-huit (18) répondent qu'ils se sentent démotivés de travailler à l'unité de longue durée en comparaison avec les unités de soins aigus du Centre Hospitalier. Voici, entre autres, quelques unes des raisons données:

> La clientèle (les bénéficiaires en soins prolongés) n'exprime pas son appréciation;
>
> Pas de valorisation, pas de relation avec le client;
>
> Peu de sourires et de remerciements;
>
> Très peu ou pas d'amélioration chez les clients;
>
> On doit essayer d'entrer dans la routine;

> Aucune valorisation et motivation des "boss";
>
> On nous parle de ce qui va se passer une fois la décision prise;
>
> Je suis démotivée lorsque j'ai à travailler avec des gens qui croient que la seule chose à faire pour ces gens, c'est de leur faire des soins d'hygiène et de confort;
>
> Parfois notre personnel est déménagé ailleurs parce que, selon la direction, il est plus important de combler les soins aigus;
>
> Pour ma part, nous ne faisons pas partie du Centre Hospitalier.
>
> Parfois je me sens dépassée car je ne sais pas trop quoi faire pour leur donner une qualité de vie et aider à régler les problèmes causés par leurs comportements. (Boudreau, Fallu, Querry, 1988, p. 4-30)

Cette étude a confirmé ce que j'avais déjà reçu comme message. Certains intervenants osent avouer à quel point ils sont démunis et se questionnent sur la conduite à tenir face à cette clientèle en soins de longue durée. Ils demandent de l'aide. D'autres disent ouvertement "qu'il n'y a rien à faire" et se limitent à les protéger et à les soigner physiquement. Plusieurs expriment une certaine infériorité face aux unités de soins aigus où, d'après eux et les commentaires reçus, dit-on, le travail est plus "utile" parce qu'il apporte des résultats tangibles et est plus valorisé par la direction. Enfin, certains disent ne pas être consultés, que leur opinion n'est pas prise en considération et que la direction les dévalorise.

Cette recherche a également confirmé ce que j'avais observé. Près de la moitié des infirmières ont de la difficulté à maintenir un effort constant dans leur travail qu'elles semblent faire avec mollesse et indifférence et à jouer leur rôle de conseillère en soins infirmiers.

Il s'en suit donc une démotivation qui s'étend à plus qu'un faible intérêt à travailler avec une clientèle vouée à une détérioration inéluctable. En effet, les infirmières ne sachant plus très bien comment agir avec la clientèle, l'équipe de soins infirmiers qui s'appuie sur les connaissances de l'infirmière, devient de moins en moins capable de répondre aux besoins et problèmes des bénéficiaires à long terme et de moins en moins sécure face aux soins à donner.

Ce qui nous semble être une lacune d'une réelle importance, c'est qu'au Centre Hospitalier, il n'existe pas de programme de formation continue où l'infirmière pourrait s'actualiser et se ressourcer afin de mieux guider l'équipe de soins.

Un tel programme de formation continue pourrait entrer dans la ligne de pensée de Dominice (1979). Pour lui, l'action éducative est une contribution au processus de formation... Dans l'action éducative, chaque adulte devient ainsi l'auteur du contenu de sa formation. Il est amené à produire des connaissances, à transformer ses attitudes, à réaliser des objets qui constitueront des appuis formateurs de son développement et de son épanouissement professionnel et social. (p. 35)

Cette citation nous démontre l'importance d'une actualisation personnelle sur les connaissances, habiletés et attitudes qui, se trouvant modifiées, peuvent contribuer à augmenter la motivation.

Le manque d'encadrement noté en formation continue et l'insécurité vécue face aux connaissances nécessaires pour planifier les soins nous invite à penser qu'un projet où les infirmières pourraient s'auto-former selon leurs besoins contribuerait à les rendre plus efficaces et satisfaites dans leur travail.

C'est pourquoi la démarche actuelle propose aux infirmières oeuvrant en soins prolongés un programme de formation où chacune aura à bâtir son projet individuel de perfectionnement et à le réaliser dans

le délai convenu. Nous pourrons observer, au fur et à mesure du déroulement de l'activité, si les infirmières vivant le projet acquierrent de plus grandes compétences dans leur travail et ressentent une plus grande motivation quand elles s'impliquent dans un programme d'auto-développement.

Le phénomène de la démotivation chez le personnel infirmier étant de plus en plus répandu, si nous croyons l'abondance d'écrits actuels dans les journaux et revues, nous pensons que cette recherche pourra contribuer à une meilleure connaissance, à une plus grande compréhension de la démotivation des infirmières et à une nouvelle piste pour améliorer la situation. Cette recherche pourra aussi apporter quelques lumières sur l'effet d'une prise en charge personnelle de l'actualisation professionnelle de chaque infirmière en soins prolongés afin d'améliorer la qualité de rendement et ainsi, la compétence et l'assurance que donne cette compétence contribueront à rendre le travail plus facile, plus intéressant et donc plus motivant.

Il existe peu ou pas de données disponibles sur la relation entre auto-formation et motivation soit chez les infirmières en soins prolongés ou dans les autres champs d'action. Les résultats de cette recherche contribueront à apporter un éclairage et les conclusions qui en découleront pourront être mises à contribution non seulement dans le domaine des soins prolongés et des soins infirmiers mais dans tous les champs d'activité de l'éducation où une solide formation est à la base de toute qualité de travail.

Après avoir vu en quoi consiste le projet, le chapitre suivant nous fera découvrir ce que la littérature nous dit de la motivation et de la formation.

## CHAPITRE DEUXIEME
## REVUE DE LITTERATURE

Le problème de la motivation chez les travailleurs n'est pas récent. Nous verrons d'abord comment de nombreux auteurs ont abordé la notion de motivation avec ses divers aspects. A la suite, nous tenterons de dégager l'interrelation entre formation et motivation.

L'intérêt pour l'étude de la motivation chez le travailleur remonte à plusieurs décennies. Déjà, en 1923-1924, Elton Mayo commença à s'y intéresser en étudiant les raisons des changements inhabituellement fréquents de personnel dans une usine textile de Philadelphie. Un peu plus tard, soit entre 1927-1932, à la Hawthorne Works of Western Electric Corporation, il fait l'expérience de modifier l'éclairage pour accroître la productivité. Il s'aperçut alors que "le changement expérimental le plus important fut introduit quand les responsables s'efforcèrent de stabiliser les facteurs humains...en amenant les travailleurs à coopérer". ( Goble, 1981, p. 152)

Depuis, de nombreux auteurs ont suivi les traces de Mayo et ont étudié la motivation et ses divers aspects. Certains même se sont essayés à formuler des causes à l'insatisfaction car ils supposaient une grande relation entre satisfaction et motivation. Par satisfaction, entendons ceci:

> La satisfaction est le rapport entre les désirs qu'un individu exprime et les récompenses qu'il reçoit. Plus les récompenses correspondent à ses désirs et plus il est satisfait. L'influence de la satisfaction se fera sentir sur ses désirs dont les changements modifieront son comportement. (Crener & Monteil, 1981, p. 388)

Toulouse & Poupart (1976, p. 54-55) nous livrent les résultats de quelques unes de ces études.

> Pour les travailleurs, l'insatisfaction vient de la monotonie des tâches, de l'absence de responsabilité et du peu d'autonomie. (Shepard & Herick, 1972)
>
> Pour la grande majorité des adultes, l'homme contemporain ne peut plus trouver de satisfaction dans le travail qui devient un devoir, une nécessité organisée surtout en fonction du coût et de l'efficacité. (OCDE, 1974)
>
> Pour les Canadiens, le travail est à la fois satisfaisant et insatisfaisant: satisfaisant parce qu'il permet de retirer un bon salaire, que les conditions de travail sont bonnes, que les relations interpersonnelles sont satisfaisantes et que les ressources nécessaires au travail sont présentes; insatisfaisant parce qu'il ne permet pas à l'individu d'atteindre ce qu'il cherche le plus, i.e. ses chances de gravir l'échelle sont minimes, ses promotions ne sont pas toujours équitables, son employeur ne se soucie pas de ses chances de progrès ni du défi et les conditions de s'épanouir, de développer ses talents et d'utiliser son jugement sont rares. (Burstein, Tiehnara, Hemson, Warrender, 1975)

Dans les trois études citées ci-haut, les causes de l'insatisfaction semblent évidentes. Elles se perçoivent également dans les situations régulières des travailleurs en soins prolongés de mon milieu de travail. Cependant le terme satisfaction ne semble pas décrire toute la réalité présente. Bergeron et al. (1983) cite:

> La relation satisfaction-motivation est loin d'être aussi simple et aussi automatique que plusieurs la croyaient. Il semble de plus en plus évident que la motivation et la satisfaction sont deux

> phénomènes très différents qui demandent deux théories différentes". (p. 120)

Cependant nous traiterons ensemble la motivation et la satisfaction étant consciente que l'un et l'autre sont difficilement séparables dans la situation telle que nous la vivons présentement au travail.

Quant au terme motivation, il recouvre tout un ensemble d'interprétations qu'il faut expliciter au départ. D'après Bergeron et al. (1983), l'administrateur voit comme employé motivé celui qui désire réellement accomplir son travail de la meilleure façon possible et qui le démontre par ses efforts, sa collaboration, sa ponctualité, son dévouement, etc. Il affirme également que ce type de motivation comprend deux aspects: un aspect purement psychologique que nous ne pouvons pas observer directement (le désir, l'intention, la volonté de bien faire) et un aspect plus concret et plus facilement observable (l'effort sous toutes ses formes). Toujours d'après Bergeron, pour le psychologue, le mot motivation prend un sens beaucoup plus large puisqu'il se réfère à tous les comportements humains qui sont orientés vers un objectif et qui sont volontaires, c'est-à-dire qui ne sont pas automatiques.

Bien que la motivation au travail constitue le principal intérêt de cette recherche, nous prêterons attention au phénomène de la motivation en général, puisque la première définition (point de vue de l'administrateur) n'est qu'un aspect spécifique de la seconde.

Maintenant, voyons de quelle façon Crener et Monteil (1981) nous définissent la motivation.

> La motivation est essentiellement dynamique, elle est une relation du besoin à l'acte. Elle est ce désir violent d'accomplir une action dont le résultat espéré doit provoquer la satisfaction du besoin. Elle est une tension, une pression

> qui nous mettent en mouvement. Elle est ce qui nous pousse à l'effort en faisant intervenir une disposition d'esprit particulière. Pour nous faire agir, elle s'exerce au niveau des **attitudes** qui déclencheront un comportement adaptatif que l'on qualifiera de motivé. La motivation naît du désir de satisfaire des besoins supérieurs. Elle est liée à un niveau d'aspiration élevé. Il faut l'opposer à l'incitation. L'incitation aussi nous pousse à agir, mais elle ne s'exerce qu'au niveau du comportement; elle nous fait adopter un comportement orienté vers l'obtention d'un résultat satisfaisant notre besoin sans pour autant nous faire changer d'attitude. (p. 355)

Une attitude, d'après Bergeron et al. (1983), peut être entendue comme une prédisposition favorable ou défavorable face à certains aspects du monde qui nous entoure. L'attitude se compose de trois éléments reliés mais distincts:

> -un élément cognitif, c'est-à-dire une idée, une connaissance, une croyance concernant l'objet de l'étude;
> -un élément affectif: des émotions ou sentiments qui surgissent lorsque l'individu est placé en face de l'objet ou, simplement, pense à cet objet;
> -un élément comportemental: non pas une action mais une tendance à l'action.

Cette façon différente de définir la motivation nous invite à scruter l'influence de la motivation sur celle des attitudes et, par résultante, sur le comportement. Si, aujourd'hui, les incitations sont insuffisantes car les besoins physiologiques et de sécurité (selon Maslow, 1970, p. 25-44) sont généralement satisfaits, le désir de satisfaire des besoins supérieurs de l'ordre des besoins sociaux, d'estime et surtout d'accomplissement personnel est de plus en plus présent.

La motivation, comme le mentionnent Crener & Monteil (1981), naît du désir de satisfaire ces besoins d'ordre supérieur et exerce son action sur les attitudes qui modifieront le comportement de façon à nous pousser à nous efforcer à atteindre un but ou un objectif particulier.

Mais, comment modifier les attitudes? Bergeron et al. (1983) nous affirment qu'il existe plusieurs façons de le faire. D'abord, en modifiant la composante cognitive, c'est-à-dire en présentant au sujet une information nouvelle et différente concernant l'objet de l'attitude. Ensuite, en modifiant la composante affective, en faisant de telle sorte que l'individu vive des expériences nouvelles et éprouve des sentiments différents lorsqu'il se trouve en présence de l'objet. Enfin, en modifiant la composante comportementale, en forçant les gens à agir à l'opposé de ce qu'ils seraient tentés de faire.

En accord avec Bergeron et al. (1983), puisqu'il est possible de modifier les attitudes, celles-ci faisant partie du processus motivationnel, il convient donc de retenir ces notions.

Maintenant que nous avons défini la motivation avec son influence sur les attitudes, attardons-nous quelque peu aux théories motivationnelles qui nous éclaireront sur la façon de traiter le problème et sur la marche à suivre pour arriver au but poursuivi qui est de découvrir s'il existe un lien entre auto-formation et motivation chez les infirmières travaillant en soins prolongés.

## LES THEORIES DE LA MOTIVATION.

Les théories de la motivation peuvent être classées en deux groupes:

> -***Les théories des besoins de l'être humain (content theories)*** qui comprennent des tentatives d'énumérer, de définir et de classifier les principales forces internes qui entraînent l'individu à agir;
>
> -***Les théories du processus de motivation (process theories)*** qui visent à expliquer comment ces forces internes aux besoins interagissent avec l'environnement pour amener l'individu à faire une chose plutôt qu'une autre et à agir avec intensité plutôt qu'avec nonchalence." (Bergeron et al., 1983, p. 104)

Le tableau sommaire 1 nous montrera les théories que nous avons choisies, à cause de leur pertinence, de présenter dans cette recension des écrits.

***Théories des besoins de l'être humain:***

*McLellan* (1953), à partir des thèses de Murray, s'est penché sur l'étude pratique des motivations fondamentales. Il considère que l'accomplissement (achievement), volonté de réaliser une idée intérieure d'excellence, l'affiliation qui est le désir d'établir des relations avec d'autres personnes, et le pouvoir qui est le désir d'exercer une influence ou un contrôle sur d'autres personnes, sont les trois motivations essentielles.

Selon McLellan, chaque personne, pour être motivée, devrait posséder les trois formes à l'intérieur d'elle-même.

*Maslow* (1970), lui, a été rendu célèbre par la théorie qui comprend deux éléments distincts: une classification des besoins humains en cinq (5) catégories et le principe d'une hiérarchie entre ces cinq catégories qui sont:

**Tableau 1: THEORIES DE LA MOTIVATION PRESENTEES DANS CETTE REVUE DE LITTERATURE**

***Théories des besoins de l'être humain***

.*McLellan*: motivations fondamentales

.*Maslow*: hiérarchie des besoins humains

***Théories des processus de motivation***

.*Skinner*: renforcement

.*Herzberg*: deux-facteurs

.*Locke*: objectifs

.*Crener & Monteil*: trois (3) variables

.*Landry*: créativité

.*Blondin*: états psychologiques

. les besoins physiologiques
. le besoin de sécurité
. les besoins d'appartenance et d'amour
. le besoin d'estime
. le besoin d'actualisation.

Bergeron (1983) mentionne qu'aucune étude n'a pu confirmer que les besoins de l'être humain se classent vraiment en cinq catégories, mais que cette théorie des besoins demeure malgré tout un magnifique "édifice" qui présente une vue possible de l'être humain et qui a amené des milliers d'administrateurs à réfléchir sur l'importance des besoins sur la motivation.

***Théories des processus de motivation:***

Parmi les théories des processus de motivation, citons en premier lieu la théorie du renforcement. Cette théorie a été utilisée aussi souvent pour expliquer les phénomènes de l'apprentissage que ceux de la motivation. Le principe à la base de cette théorie est que tout comportement qui est suivi par une conséquence heureuse a tendance à être répété. *Skinner* (1967) a fait beaucoup de recherches en laboratoire sur les animaux pour prouver cette théorie.

La conséquence du comportement, d'après cette théorie, crée un lien automatique entre le stimulus et le comportement et non pas un lien rationnel entre le comportement et la conséquence. On reconnaît généralement, selon Bergeron et al. (1983), quatre (4) façons d'influencer la fréquence ou l'intensité du comportement: le renforcement positif (récompense), le renforcement négatif (faire cesser un condition désagréable en récompense), la punition et l'extinction (ignorer complètement un comportement non désiré).

Cette théorie est très controversée du fait que

l'expérimentation s'est faite presqu'exclusivement avec des animaux et que l'être humain aime mieux percevoir ses semblables comme rationnels et responsables que comme conditionnés par l'environnement.

Toujours d'après cette théorie, la méthode la plus fortement recommandée est celle du renforcement positif, continu ou partiel selon que chacune des manifestations du comportement désiré est suivie d'une récompense ou que seulement certaines manifestations du comportement désiré sont récompensées.

Une deuxième théorie des processus de motivation est celle de *Herzberg* (1959) qui a formulé sa théorie des deux-facteurs à travers les propositions suivantes qui nous amènent de la satisfaction aux facteurs de motivation.

Pour lui,

-L'inverse de "insatisfaction" n'est pas "satisfaction" (et vice-versa) mais bien une sorte de point neutre qu'on pourrait appeler simplement "absence d'insatisfaction et de satisfaction";

-Les facteurs qui causent la satisfaction ne sont pas les mêmes que ceux qui causent l'insatisfaction;

-Les premiers (appelés facteurs de motivation ou facteurs moteurs) sont reliés surtout au "contenu" de la tâche: travail lui-même, réalisations qu'il permet, responsabilité qu'il comporte;

-Les seconds (appelés facteurs d'hygiène ou de maintenance) sont reliés au "contexte" dans lequel s'accomplit la tâche: la supervision reçue, les conditions de travail, les collègues;

-Lorsque le contexte est adéquat ou convenable, on cesse de se plaindre;

-Si on veut que l'employé passe de la

> neutralité à un niveau élevé de satisfaction et de motivation, il faut, dès que le contexte est adéquat, mettre l'accent sur le contenu des tâches et donc sur les facteurs de motivation. (Bergeron et al., 1983, p. 118)

Avec Herzberg, c'est un pas de plus de franchi vers la connaissance des facteurs motivationnels. Cette théorie a eu un impact considérable sur la gestion des ressources humaines. Des centaines de programmes, toujours d'après Bergeron et al. (1983) , ont été mis sur pied mais pas toujours avec succès à cause des faiblesses théoriques de non différentiation entre satisfaction et motivation. En effet, dans la citation précédente, nous voyons que Herzberg appelle les facteurs de satisfaction "des facteurs de motivation ou facteurs moteurs".

Quant à *Locke* (1968), il s'est fait le créateur et le plus ardent propagandiste de la théorie des objectifs. Pour Locke (1968), les objectifs conscients auxquels adhère l'individu sont la cause majeure et immédiate de la plupart de ses comportements. Il considère que l'être humain a la capacité de se choisir un but parmi d'autres et que ce but exerce ensuite une influence prépondérante sur ses comportements. Pour Locke, motiver un employé, c'est essentiellement l'amener à se fixer ou du moins à accepter un objectif de rendement élevé. Une fois que cet objectif est bien ancré chez l'individu, le rendement supérieur qu'il requiert ou implique suit presque immédiatement.

L'importance d'avoir des objectifs précis et très spécifiques a été démontré par un grand nombre de chercheurs et cette théorie peut avoir des applications très concrètes dans l'entreprise. Cependant, Bergeron et al. (1983) affirment que la relation entre la difficulté des objectifs et la motivation de l'individu est curvilinéaire et prend la forme d'un U inversé: lorsque la difficulté dépasse un certain niveau "raisonnable", l'individu se décourage et devient de

moins en moins motivé.

Comme nous avons pu le démontrer par ce survol sur les théories de la motivation, le sujet est complexe bien qu'il nous amène à une meilleure connaissance de la psychologie de la motivation. *Crener & Monteil* (1981) affirment que:

> La caractéristique essentielle à retenir est que toute théorie de la motivation doit tenir compte de trois (3) variables: la tâche, l'organisation, l'individu, et des relations existant entre ces trois variables. Un système de motivation dont l'objet est de maximiser les motivations des employés au travail, doit être construit à partir de ces trois variables. Adaptation des hommes et des tâches, des tâches et de l'organisation, fixation des standards tels que les hommes puissent effectuer aisément leurs tâches, auto-accomplissement dans la tâche, de tels critères permettent de définir un travail qui a du sens, qui est significatif pour chaque travailleur et qui sera le meilleur moyen de le motiver. (p. 389)

En effet, il faut tenir compte que le travail est effectué par des humains qui ont des besoins à satisfaire et des objectifs à atteindre:

-conditions de travail

-développement et formation

-juste rémunération, etc.

La tâche et l'organisation doivent également permettre à l'individu de mettre en pratique son potentiel de créativité. Quand le potentiel créateur d'un individu peut s'exprimer dans son travail, affirme *Landry* (1983) "il se produit une fissure dont les conséquences se répercutent autant dans le système que dans le propre projet d'être de cet individu". (p. 365)

Par créativité, nous entendons la capacité de l'individu à faire quelque chose:

> -créer
> -produire des idées
> -produire des idées neuves et réalisables
> -combiner, réorganiser des éléments...
> (Demory, 1987, p. 44)

Landry (1983) ajoute que "tout effort pour <créer> contribue finalement à <se créer> car <faire et se faire, se faire en se faisant> contribue à la mise en oeuvre de son potentiel créateur et, finalement, à la réalisation de soi". (p. 315) Nous voyons l'importance de la relation entre individu, tâche, organisation qui, en formant un tout dynamique, permet au travailleur de mettre à profit son potentiel humain, ses connaissances, ses capacités de donner et de recevoir et donc contribue à sa motivation.

Mais, qu'est-ce qui fait que quelqu'un est stimulé par son travail, aime son travail? *Blondin* (1985) écrit que les spécialistes du comportement ont démontré que les trois états psychologiques suivants déterminent la motivation et la satisfaction d'une personne à son travail:

> -un travail significatif: l'individu doit percevoir son travail comme valable, utile, important en regard d'un système de valeurs qu'il accepte;
>
> -la responsabilité pour les résultats du travail: il doit être convaincu qu'il est personnellement responsable des résultats de ses efforts;
>
> -la connaissance des résultats: il doit être capable, sur une base relativement régulière, de déterminer si les résultats de son travail sont satisfaisants ou pas;
>
> -Si les trois conditions sont présentes, une personne a tendance à être contente d'elle-même lorsqu'elle fournit une bonne

> performance. Ces sentiments positifs vont l'inciter à essayer de continuer à bien faire de façon à avoir de nouveau des sentiments positifs dans le futur. C'est ce que nous appelons la motivation interne: être stimulé par le fait de bien faire et les sentiments positifs qui en résultent plutôt que d'être dépendant de facteurs externes pour être motivé à bien travailler.
>
> Les caractéristiques essentielles d'un travail qui favorise les états psychologiques amenant la motivation interne sont:
>
> -la variété d'habiletés;
> -l'intégrité de la tâche;
> -l'importance de la tâche;
> -l'autonomie;
> -le feedback. (p. 3)

Bien que les limites entre les différentes théories ne soient pas bien définies, nous voyons une nette progression dans la pensée et la concrétisation des moyens motivationnels. La théorie idéale pour la motivation des travailleurs, d'après Haynes, Massie et Wallace (1975), serait celle qui inclurait les éléments de la théorie de l'accomplissement (content model) et des processus de motivation (process model) et qui serait développée et validée suffisamment pour être d'une utilité spécifique à ce genre de questionnement.

## MOTIVATION ET INFIRMIERES EN SOINS PROLONGES

### *Etudes américaines:*

Dans la littérature consultée à date, je n'ai rien trouvé de spécifique sur la motivation des intervenants en soins prolongés. Cependant, des études américaines ont été réalisées auprès d'intervenants en soins infirmiers afin de déceler leur niveau de satisfaction au travail. Citons-en trois qui semblent plus pertinentes

à cause de la ressemblance au niveau de la nature du travail. En effet, le travail en soins prolongés, où une partie de la clientèle manifeste des perturbations de comportement, ressemble, à certains aspects, au travail en psychiatrie. Nous verrons ensuite la pensée de certains auteurs québécois sur la question. Ces auteurs apparaissent dans le tableau 2.

La recherche sur la relation entre satisfaction au travail et communication des décisions, agir et attitudes au travail du personnel infirmier, réalisée par *Montague* (1986) a démontré que les attitudes envers le travail et la communication dans l'organisation sont reliées de façon significative à la satisfaction au travail. La conclusion de cette recherche démontre que:

> -les attitudes positives envers le travail et la communication ont une influence certaine sur la satisfaction au travail;
> -les attitudes envers le travail prédisent le mieux la satisfaction au travail vue de façon globale;
> -les attitudes positives au travail sont associées avec les attitudes positives envers l'organisation;
> -les infirmières avec diplôme et baccalauréat expérimentent une plus grande satisfaction que les auxiliaires et les aides dans tous les cas où les attitudes au travail sont positives (traduction). (p. 3296)

Il est donc possible de penser, face à cette denière assertion de Montague, que des connaissances plus grandes sont un facteur de motivation au travail.

L'article de *Baird* (1987) démontre également qu'il peut exister

des stratégies pour changer les attitudes des infirmières:

**Tableau 2: MOTIVATION ET INFIRMIERES EN SOINS PROLONGES**

***Etudes américaines:***

*.Montague:* attitudes, communication versus satisfaction au travail

*.Baird:* stratégies pour changer les attitudes des infirmières

*.Allen:* satisfaction du climat organisationnel et burn-out chez le personnel en santé mentale

***Auteurs québécois:***

*.Fontaine & Kiely:* symptômes du burn-out

*.Rainville:* le burn-out et les infirmières en psychiatrie

*.Larouche & Maslach:* traitements et prévention du burn-out

*.Blondin:* stimulation par le fait de bien faire

*.Adam:* avantages d'utiliser un modèle conceptuel

*.Roy:* théorie de l'adaptation

> ...most nursing manager and executives have seen the morale of their staff decline steadily for nearly four (4) years. They have seen nurse"s attitudes toward important aspects of the work environment drop significantly..."
>
> ...At the same time, however, some nurse executives and managers have responded to difficult times by developing and implementing new, innovate strategies for managing their staff. These leaders have maintained high staff morale, created a sense of unity and teamwork among staff members, and shaped an environment that their nurses find motivating and satisfying despite the pressures posed by today's health care environment. (p. 38)

Cet article illustre bien la citation déjà donnée dans ce chapitre où Crener et Monteil (1981) affirment, entre autres, que la motivation, pour nous faire agir, s'exerce au niveau des attitudes qui déclencheront un comportement adaptatif que l'on qualifiera de motivé.

Quant à l'étude de *Allen* (1983), elle porte sur la satisfaction du climat organisationnel au travail en relation avec le burn-out chez le personnel oeuvrant en santé mentale. Les statistiques de cette recherche ont démontré qu'il y a relation entre le climat organisationnel et l'expérience du burn-out et, qu'en général, le burn-out parmi le personnel oeuvrant en psychiatrie varie de bas à modéré.

***Auteurs québécois:***

Ici aussi, au Québec, depuis environ cinq (5) ans, de nombreux articles parlent du burn-out particulièrement dans la profession infirmière. Quelques uns des symptômes de ce désordre, tels qu'identifiés dans un récent article de Fontaine & Kiely (1988),

ressemblent à ceux que nous avons qualifié de "démotivation" dans la problématique de cette recherche. Il y est question du burn-out comme relevant de l'inégalité de l'échange entre infirmière-patient (Pènes et al., 1981). L'infirmière dévouée, idéaliste et centrée sur sa relation avec le patient, fait affaire à une personne peu capable de reconnaissance et d'attention car elle n'a pas la capacité d'offrir une qualité relationnelle équivalente.

De même, *Rainville*, présidente de la troisième conférence nationale du nursing psychiatrique tenue en juin 1988, donne, entre autre raison de la diminution de moitié des infirmières psychiatriques, qu'étant "aux prises avec le burn-out et les trop lourdes charges dans les Centres Hospitaliers, elles sont démobilisées". (Rodrigue, 1988, p. 58)

Cependant, dans la littérature, nous pouvons retrouver des traitements et des moyens de prévention du burn-out. Entre autres, Fontaine & Kiely, 1988, mentionnent *Larouche* (1985) qui parle de "réduire l'activité professionnelle excessive, réaménager le travail, trouver des gratifications"et *Maslach* (1982) qui soutient que "prévenir le burn-out, c'est d'abord connaître le syndrome et son traitement pour en détacher les premiers signes et utiliser des solutions avant que ne survienne le problème. (Fontaine & Kiely, 1988, p. 20)

Une des meilleures gratifications, à notre avis, est celle du travail accompli de façon à être satisfait. *Blondin* (1985), tel que mentionné précédemment, parle alors, en référant à la motivation interne, "d'être stimulé par le fait de bien faire et les sentiments positifs qui en résultent". (p. 3)

Or, pour bien faire, il faut savoir comment faire et c'est la lacune que les infirmières mentionnent en premier lieu: elles se sentent démunies sur la conduite à tenir face à la clientèle en soins prolongés. Pourtant, dans le domaine professionnel, nous avons des

ressources, des outils. Ainsi, dans la profession infirmière, nous utilisons un modèle conceptuel pour avoir une idée claire et précise de ce qu'est le but et le rôle de notre profession.

D'après *Adam* (1983), l'utilisation d'un modèle conceptuel comporte plusieurs avantages dont, entre autres, d'augmenter le degré de motivation et d'engagement de l'infirmière. Le modèle conceptuel a aussi comme deuxième avantage de préciser la contribution spécifique de l'infirmière au sein de l'équipe multidisciplinaire autant pour sa satisfaction personnelle que par respect pour la société qu'elle veut servir. Enfin, il permet à l'infirmière de se sentir et se situer au même pied d'égalité que les autres en termes de responsabilités professionnelles.

Quelques infirmières ont travaillé à conceptualiser la profession. *Roy* a élaboré une théorie dite de l'adaptation basée sur trois points essentiels que voici:

> .sa conception de l'homme: c'est un être bio-psycho-social;
>
> .la maîtrise du rôle: le rôle est la conduite sociale de chacun, en fonction de ce qu'on attend de nous;
>
> .la manifestation des stimuli: un stimulus est un agent extérieur ou intérieur capable de provoquer une réaction d'un système excitable. (Arricastres & Abeillé, 1980, p. 46)

Sa conception des soins infirmiers est que l'infirmière doit promouvoir, aider l'adaptation de l'individu afin de lui permettre une maîtrise de son rôle.

L'implication de ces données est double. Si les infirmières intervenant en soins prolongés utilisent un modèle, elles seront, d'après Adam, plus motivées. Pour ce faire, l'infirmière doit

également avoir la maîtrise de son rôle. En plus des connaissances acquises en formation de base, elle doit constamment s'actualiser afin de pouvoir faire passer dans sa pratique les découvertes récentes en matière de soins infirmiers aux personnes en soins prolongés. La connaissance des interventions à poser face aux situations complexes se présentant en soins de longue durée lui donnera sécurité, autorité, valorisation, sentiment d'être utile. Ceci rejoint les affirmations, déjà mentionnées, de Blondin (1985) sur la motivation par un travail significatif et de Adam (1983) qui mentionne que lorsqu'une contribution est reconnue et identifiable, elle est valorisante.

## MOTIVATION ET FORMATION

L'infirmière en soins prolongés voit constamment son rôle évoluer et ses tâches modifiées et il devient absolument nécessaire qu'elle puisse s'adapter aux réorganisations. Le moyen le plus usuel et pratique pour favoriser cette adaptation est la mise à jour constante des qualifications et compétences. Artaud (1981) nous parle des avantages de greffer le savoir théorique sur le savoir d'expérience:

> Le savoir théorique répond au besoin de comprendre en établissant des relations de cause à effet. Il permet ainsi d'accéder à une vision panoramique de la réalité qui conduit l'individu à prendre du recul par rapport à son expérience. En organisant ainsi le savoir d'expérience, le savoir théorique permet d'en corriger les distorsions, de répondre à certaines des questions qu'il a suscitées, de mettre à jour le contenu de certaines intuitions qu'il véhicule. (p. 139)

Ainsi, l'acquisition de ce savoir théorique doit s'intégrer dans un contexte d'éducation des adultes et d'éducation permanente où la personne qui prend en charge sa propre formation répond à ses propres

besoins de développement. Son actualisation contribue à l'épanouissement de tout son être.

Dans le tableau 3, une vue d'ensemble de cette partie du chapitre traitant de la motivation et de la formation nous est présentée.

L'être humain étant en perpétuel changement, son éducation n'est jamais terminée et elle ne se termine pas avec la fin de la scolarité mais se continue pendant toute la vie. *Lengrand* (1969) affirme que c'est une interprétation du processus éducatif qui est désormais assez généralement acceptée dans l'éducation des adultes.

Lorsqu'on parle d'éducation permanente, nous exprimons qu'il est important de poursuivre le processus éducatif pendant toute la vie. Lengrand (1969) assure qu'on insiste par là sur l'aspect dynamique de ce processus de l'éducation qui, d'une part, s'efforce de satisfaire les exigences profondes de la personnalité humaine dans son développement et sa progression et, d'autre part, vise à répondre aux demandes de plus en plus pressantes du monde en transformation.

L'éducation permanente doit respecter les principes de base de l'éducation en général et doit reposer sur la conception que nous avons de l'apprenant adulte. Voici quatre (4) principes retenus parmi ceux mentionnés par Marchand (1982):

1. L'apprenant adulte est capable d'initiatives, d'autonomie, de décision personnelle et d'engagement actif dans le processus de son développement personnel et professionnel.

**Tableau 3: MOTIVATION ET FORMATION**

.*Lengrand:* l'éducation permanente se poursuit toute la vie

.*Marchand:* principes de base de l'éducation

.*Morin:* permanence de l'éducation

.*Weil:* prise en charge globale par l'auto-éducation

.*Pineau:* l'éducation permanente favorise le positivisme

.*Rogers:* l'auto-développement et son influence sur le comportement

.*Artaud:* valeur de la prise en charge personnelle

.*Knowles:* les besoins de l'adulte: moteur de son apprentissage

.*Cantin:* identification des besoins de perfectionnement

.*Blais:* l'éducation continue obligatoire et la motivation

.*OIIQ:* l'infirmière, responsable de sa formation continue

.*Office des Professions du Québec:* l'éducation continue obligatoire et comportements des professionnels

> 2. L'apprenant adulte tient à développer des connaissances qui aient des liens avec ses responsabilités et ses activités.
> 3. L'apprenant adulte poursuit des objectifs immédiats et désire appliquer rapidement ses acquisitions dans un milieu de travail.
> 4. L'apprenant adulte possède en lui-même les ressources essentielles à sa croissance, à son développement et à son orientation. (p. 113-115)

*Morin* (1983) dit que l'adulte est appelé à toujours s'inventer à travers ses dépassements et par le perpétuel renouvellement de son projet. Et elle poursuit en disant que:

> l'homme est fondamentalement inachevé et inachevable, et sa formation se poursuit toute sa vie. L'éducation est une activité, une dynamique intérieure qui se poursuit tant que dure l'existence; elle est permanente ou elle n'est même pas éducation... (p. 68)

Si nous voulons respecter les principes de base sur lesquels repose l'éducation de l'apprenant adulte, nous nous devons donc de leur en faciliter l'accès.

> Ce que signifie l'émergence au xxème siècle de l'idée d'éducation permanente, c'est que la finalité des processus éducatifs ne saurait être ni l'épanouissement de la personne, ni l'adaptation de l'individu à une société donnée ou à venir, mais la possibilité pour chacun d'accéder à l'auto -éducation... Par auto-éducation, il ne

> faut pas seulement entendre cette éducation de soi par soi, qui est connaissance et modification de soi, mais bien plutôt la prise en charge globale d'une existence concrète par elle-même et cela dans toutes les dimensions de son être: le "connaître", le "faire", "l'agir", et au niveau le plus profond "d'exister". (*Weil*, 1975, p. 302)

Nous commençons à percevoir la dimension essentiellement éducative qui perce à travers ce concept d'éducation permanente et d'auto-formation. L'éducation continue ne vise pas uniquement à servir d'appoint à une situation ou à un contexte. Elle se veut totale par elle-même, holistique en ce sens qu'elle englobe la personne entière et lui sert de tremplin pour réaliser l'expression de tout son être.

Certains courants de la psychologie, tel que mentionné par *Pineau* (1977), découvrent que la personne qui se développe librement se révèle foncièrement positive, orientée vers autrui, profondément socialisée mais novatrice, capable d'accepter positivement un grand nombre de contraintes... Et il ajoute:

> Pour nous, la justification fondamentale de l'éducation permanente se trouve ici: fournir constamment à la personne les ressources d'appoint dont elle a besoin pour devenir d'imprévisible en imprévisible, de plus en plus elle-même". (p. 103-105)

L'auto-développement est une ouverture à soi-même et une ouverture à son milieu immédiat. Il doit surgir d'un besoin ressenti intérieurement. *Rogers* (1972) avance que les seules connaissances qui peuvent influencer le comportement d'un individu sont celles qu'il découvre de lui-même et qu'il s'approprie. *Artaud* (1987) stipule à son tour qu'une connaissance authentique est plus facilement acquise quand elle est liée à des situations qui sont perçues comme des problèmes.

Si nous voulons que les connaissances ingérées ne soient pas

uniquement assimilées au niveau de la tête mais qu'elles transforment l'être entier, il nous faut passer par le vécu, l'expérience des personnes en processus d'apprentissage. D'après Artaud (1987), on est amené à mettre l'accent sur la prise en charge de l'individu par lui-même, la croissance personnelle, la capacité d'interroger les modèles existants et de recréer les valeurs. Le plus grand service que nous pouvons rendre à qualqu'un est de le rendre capable de recréer son savoir à partir de son expérience pour le transformer le plus possible en conscience.

Il devient de plus en plus évident que les besoins d'un adulte sont le moteur de son apprentissage. Il est donc important de s'en servir comme point de départ de l'apprentissage. *Knowles* (1980) précise que pour parvenir à une utilisation judicieuse de ces besoins, il faut permettre à l'adulte une exploration constante des implications du nouvel acquis, de ses difficultés d'implantation dans le milieu du travail et des façons de surmonter ces difficultés.

*Cantin* (1978) a développé un instrument d'identification individuelle des besoins de perfectionnement. Cet outil, tel que conçu, permet aux personnes de faire une revue de leurs principales tâches et d'identifier leurs besoins dans leur travail en termes de savoir, savoir-faire et savoir-être. Ceci amène à établir des besoins prioritaires conduisant à l'élaboration d'objectifs personnels et d'activités éducatives permettant de combler ces besoins. Chaque personne peut ainsi s'actualiser à son propre rythme et satisfaire les exigences qu'elle a vis-à-vis elle-même face à son travail.

Le document de Cantin sur l'identification individuelle de ses besoins de formation veut également s'inscrire dans l'esprit du document de *Blais* (1983) sur l'éducation continue obligatoire pour les professionnels. Elle cite, entre autres, "que l'obligation à participer ne fait pas appel à la motivation et par conséquent, ne favorise pas une démarche autonome". (p. 50)

Chez les infirmières canadiennes, la tendance favorise l'éducation continue volontaire que l'on considère un des éléments essentiels au maintien de la compétence. L'*Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (l'OIIQ)*, en 1974, reconnaît que toute infirmière a la responsabilité de son développement professionnel continue et doit l'assumer sous une forme ou sous une autre. En 1980, à la suite de la publication du document d'orientation de l'*Office des Professions du Québec*, La Formation des Professionnels, l'OIIQ appuie la recommandation de ne pas rendre obligatoire la participation à des activités d'éducation continue pour tous les professionnels, "...d'autant plus que des études récentes n'ont pas démontré que l'éducation continue obligatoire modifiait les comportements des professionnels". (Blais, 1983, p. 50)

En effet, nous croyons que les infirmières seront plus portées à combler leurs lacunes si elles les identifient elles-mêmes. L'auto-développement deviendra ouverture sur elles-mêmes et ouverture à leur milieu immédiat. L'auto-formation favorise la croissance des habiletés professionnelles mais aussi au niveau de tout l'être en donnant plus de confiance en soi, plus d'ouverture aux besoins rencontrés, et donc plus de satisfaction et de motivation au travail.

Ainsi, en favorisant une démarche de perfectionnement individuel, comme nous avons pu l'entrevoir dans ce chapitre, les infirmières en soins prolongés pourront accomplir un travail significatif (Blondin, 1985), transformer leurs attitudes (Dominice, 1979; Bergeron et al., 1983), avoir la volonté de réaliser une idée intérieure d'excellence (McClellan, 1953), d'auto-accomplissement dans la tâche (Crener & Monteil, 1981), de mettre en oeuvre leur potentiel créateur (Landry, 1983) et d'acquérir vraiment la maîtrise de leur rôle ( Roy, 1980).

Les diverses opinions émises par les auteurs que nous venons de citer nous amènent à penser qu'il pourrait exister une relation entre le perfectionnement individuel et la motivation au travail des infirmières en soins prolongés. Cette recherche essaie donc de faire ressortir ce lien. En voici le déroulement et la méthodologie utilisée.

# CHAPITRE TROISIEME
# METHODOLOGIE

## CHOIX DE LA METHODOLOGIE EMPLOYEE DANS CETTE RECHERCHE ET ANALYSE CRITIQUE.

C'est au moyen d'une analyse qualitative que nous voulons tenter de répondre au but fixé qui est de voir s'il existe une relation entre un programme individuel de perfectionnement et la motivation des infirmières en soins de longue durée. Aussi, nous désirons que cette recherche génère de nouvelles pistes pour la compréhension du phénomène de la motivation qui contribueront à améliorer la situation décrite dans la problématique.

La méthode de recherche qualitative est ici retenue à cause de la complexité d'étudier la motivation d'une façon quantitative. "Qualitative method is to discover important questions, processes, and relationships, not to test them". (Marshall & Rossman, 1989, p. 43) De plus, Bardin (1977) nous dit que la recherche qualitative désigne l'étude des phénomènes sociaux dans leur contexte ordinaire, habituel, pour ne pas dire naturel... "Elle vise d'abord à faire éclore des données nouvelles et à les traiter qualitativement au lieu de les soumettre à l'épreuve de la statistique..." (p. 42)

Ainsi la méthode qualitative nous permet de consigner plus de données représentant la réalité sur la motivation, d'explorer le phénomène dans le réel de la vie, de dégager, à travers ce qui est vécu, un sens, des corrélations et de suggérer des concepts significatifs.

Le contexte dans lequel les infirmières en soins de longue durée travaillent et les processus entrant en interaction font l'objet, dans cette recherche, d'une sérieuse analyse et examen. Dès lors, la méthode

qualitative se révèle être la plus logique et la plus appropriée. Glazer & Strauss (1967) en parlent comme offrant "sensitivity in picking up everyday facts about social structures social systems". (p. 105)

Aussi cette recherche désirant générer de nouvelles pistes pour la compréhension du phénomène de motivation des infirmières en soins prolongés et par le fait même améliorer la pratique des soins dans ce domaine, l'accent est mis sur l'exploration en profondeur de la richesse et de la complexité de la motivation comme phénomène observable mais difficilement quantifiable.

Cette méthode permet également à la chercheure une plus grande latitude d'action car elle encourage l'exploration, la découverte et la créativité. De plus, comme le mentionne Gauthier (1984), cette méthode minimise les dangers d'interférence de la situation d'observation sur le comportement des sujets: peu de risques que le sujet modifie sa façon d'être à cause de la situation de recherche et pas de danger que la situation ne corresponde pas aux situations naturelles puisque ce sont celles-là que le chercheur étudie.

La méthode qualitative nous permet également d'acquérir plus de données sur la relation auto-formation et la motivation en soins prolongés car il est essentiel, à mon avis, de savoir comment les infirmières impliquées dans cette situation la définissent elles-mêmes et comment elles la vivent afin de pouvoir la modifier. "If men define situations as real, they are real in their consequences" (Marshall & Rossman, 1989, p. 301)

Dominice (1979) affirme que:

> Dans l'action éducative, chaque adulte devient ainsi l'auteur du contenu de sa formation. Il est amené à produire des connaissances, à transformer ses attitudes, à réaliser des objets qui

> constitueront des appuis formateurs de son développement et de son épanouissement professionnel et social. (p. 50)

En effet, nous croyons que la formation épanouit l'être humain en lui procurant de nouvelles dimensions au savoir, en agrandissant son champ de vision du monde et plus particulièrement du travail, en l'armant à faire face aux difficultés encourues, en lui donnant une sécurité intérieure face à son travail, à ses collègues et à ses supérieurs. Ainsi, non seulement il accomplit plus parfaitement son travail, mais il est aussi plus motivé à le faire car il en reçoit davantage de satisfaction.

Cette recherche nous amène à tenir compte de la façon dont les infirmières en cause vivent leurs expériences individuelles, chaque personne ayant ses propres perceptions de la réalité qui l'entoure. Selon Fortin et al. (1988), chaque individu se construit <sa> propre réalité et il y a autant de réalités différentes qu'il y a d'individus. Il n'existe donc pas une réalité unique mais plutôt une vision unique qu'a chaque personne de sa réalité. La contribution de ce type de recherche consiste à explorer la signification profonde d'un phénomène à travers les perceptions communiquées par les sujets. Cette recherche nous présentera donc les perceptions qu'ont les infirmières en soins prolongés de leur réalité.

## ORGANISATION ET CHEMINEMENT DE LA RECHERCHE

### *POPULATION ET DEROULEMENT*

L'étude de la relation entre auto-formation et motivation se déroule dans les deux (2) unités de soins prolongés du Centre Hospitalier Baie des Chaleurs. Les deux unités de soins prolongés se

retrouvent à l'intérieur d'un Centre Hospitalier à vocation de soins aigus. Une des unités comprend vingt-huit (28) clients et l'autre trente-deux (32). Ces unités sont localisées dans une aile attenante au Centre Hospitalier qui est appelée Pavillon Benoît-Martin. La population visée est celle des infirmières travaillant dans ces unités.

Les critères de participation des intervenants à l'étude sont:

1. de travailler de façon permanente ou détenir un poste de remplacement d'une durée minimum de six (6) mois au moment où commence l'étude;

2. être infirmière;

3. accepter librement de faire l'expérience d'identification de leur projet individuel de perfectionnement, de le mener à terme dans les délais prévus (cinq (5) mois), de décrire le vécu de leur expérience relative au thème de l'étude. Ces personnes, tel que mentionné par Fortin et al (1988), doivent comprendre leur rôle, accepter d'exprimer leurs sentiments personnels et même décrire les répercussions physiologiques liées à ces sentiments.

Une première rencontre effectuée auprès de la directrice des soins infirmiers a pour but de lui présenter le sujet de la recherche et de connaître les possibilités et les disponibilités de son application. Devant l'intérêt manifesté pour le thème et sa pertinence dans l'établissement, il est convenu qu'un budget spécial soit octroyé à raison d'une journée payée à chaque infirmière participant à l'étude.

Lors d'une deuxième rencontre avec la direction des soins infirmiers, une réunion est organisée avec les chefs des deux unités de soins prolongés. Lors de cette rencontre nous proposons l'objet de l'étude. Il est alors prévu que toutes les infirmières des deux unités répondant aux critères de sélection puissent participer, mais sur une

base volontaire, à l'étude.

Les sujets exposés au programme sont donc les onze (11) infirmières travaillant en soins prolongés. Après voir informé et reçu un mandat spécifique de la direction des soins infirmiers de procéder à la recherche, les dates des rencontres des sujets à l'étude sont fixées afin de leur faire part du projet. Il s'agit aussi d'obtenir leur entière collaboration afin d'assurer la fiabilité des résultats.

Nous rencontrons individuellement chaque infirmière consentante à participer à l'étude afin de lui en expliquer le but et le schéma, de lui permettre de poser des questions et d'obtenir son consentement verbal. Neuf (9) infirmières sur une possibilité de onze (11) acceptent le cheminement, les deux (2) autres refusent, une pour une raison de langue (langue première anglaise) et l'autre prétextant une charge de travail trop lourde au moment du projet.

Une journée complète de tout le groupe participant pour élaborer le projet individuel de perfectionnement est prévue. La cédule de travail est établie de sorte que chaque répondante puisse avoir une journée complète rémunérée pour procéder à l'identification de son projet individuel de perfectionnement.

Le but et le schéma de l'étude sont expliqués à peu près de la manière suivante. Il est dit à chacune des infirmières participantes que nous sommes intéressée à connaître la relation existant entre un projet personnel d'auto-formation et son influence sur la motivation. Pour cela, nous proposons l'élaboration d'un projet individuel de perfectionnement, projet qui doit être réalisé sur une période de cinq (5) mois et dont la responsabilité entière est laissée à chacune. Au milieu de la période de réalisation, un questionnaire ouvert envoyé à chacune aura pour but de connaître le déroulement de leur projet et le vécu s'y rapportant. A la fin de l'étude, soit cinq (5) mois après l'élaboration, une entrevue individuelle sera accordée pour faire une

revue du vécu pendant le projet et saisir les retombées de ce projet sur leur façon de se sentir au travail.

Il est demandé aux sujets participants de se présenter au local à la date convenue afin d'élaborer leur projet. Six (6) infirmières se présentent. Les trois (3) autres donnent comme raison respective d'absence, la maladie, un enfant malade et un rendez-vous médical.

***LA COLLECTE DES DONNEES***

La collecte des données se fait principalement à l'aide de l'outil d'analyse des besoins de formation de Cantin (1978): Identification d'un projet individuel de perfectionnement (Appendice 1). Cet instrument veut servir de base pour que chaque sujet évalue ses besoins et élabore son propre programme de perfectionnement. Les données sont recueillies durant la mise en pratique du projet individuel élaboré par chacun des sujets à l'étude.

Voici donc les grandes lignes du document d'identification individuelle d'un projet de formation, document de Cantin (1978) revisé et adapté, comportant neuf (9) phases, toutes intégrées l'une à l'autre et qui consistent à:

1. Compléter la liste des tâches, les classer par ordre d'importance de temps consacré et indiquer le degré d'habileté actuelle à exécuter cette tâche.

2. Identifier les habiletés requises en terme de savoir, savoir-faire et savoir-être.

3. Mesurer les habiletés actuelles par rapport aux habiletés requises.

4. Déterminer les besoins de perfectionnement.

5. Identifier les besoins prioritaires.

6. Identifier les objectifs face à chaque besoin prioritaire.

7. Identifier les activités éducatives et le temps à consacrer.

8. Identifier les ressources:

-personnes-ressources

-moyens: exposés, instrument, démonstration, discussion...

-cadre: groupe, équipe, diade, tutorat,...

-forme: entrevue, temps prévu,...

9. Revision.

L'identification d'un projet individuel de perfectionnement de Cantin (1978) répond aux caractéristiques déjà énoncées par Marchand (1982) sur l'apprenant adulte et aux critères de base mentionnés sur l'auto-développement. L'auteur met de l'avant le concept d'auto-formation à l'aide d'un schéma proposant une démarche d'élaboration d'un projet individuel à partir des tâches professionnelles. Cette méthode est simple. Toujours d'après Cantin, elle procède du général au particulier dans son ensemble et dans chacune de ses opérations. Le déroulement s'appuie sur les tâches professionnelles à accomplir et les habiletés requises pour accomplir ces tâches. Cette méthode fournit aussi l'occasion de revenir sur ses positions, de clarifier ses choix ou de les changer ainsi que l'occasion de s'auto-évaluer explicitement par des exercices et implicitement par la réflexion et la remise en question qu'elle suscite à chaque opération.

Cette méthode semble susceptible d'être mise à profit par les

infirmières oeuvrant en soins prolongés afin de leur proposer une réflexion sur leurs tâches, une évaluation personnelle de leurs forces et lacunes et une démarche pour combler leurs besoins de perfectionnement.

### *Phases de la collecte des données*

#### Phase 1: l'observation non structurée

La collecte de données se fait d'une façon diversifiée et flexible. Elle débute, en premier lieu, par l'observation non structurée des interactions. Par observation non structurée, nous entendons, comme le mentionnent Fortin et al. (1988), recueillir des informations descriptives sur les sujets, sans qu'une attention particulière soit portée à un type d'action ou de comportement donné.

L'analyse des besoins de formation se fait, tel que mentionné au chapitre précédent, à l'aide de l'instrument de Cantin (1978): Identification d'un projet individuel de perfectionnement, (Appendice 1) instrument pertinent à l'étude en cours et à la clientèle visée. Cet instrument se veut une analyse logique et progressive des étapes nécessaires pour arriver à une identification satisfaisante des besoins d'auto-formation.

Les étapes développées par Cantin sont conservées, mais un allègement et une modification ont été apportés au texte afin de le rendre plus accessible et adapté à la population visée. Pour ce qui a trait aux phases un (1) et deux (2) du projet, une suggestion de tâches et d'habiletés requises (Appendice 2) est fournie afin que les sujets puissent avoir une idée de ce que l'on désire, une base à compléter pour leur propre description de tâches et aussi pour que l'activité puisse se réaliser à l'intérieur d'une journée.

La chercheure elle-même supervise cette activité de la journée. Une période de deux (2) heures est allouée afin de faciliter un échange sur leurs tâches ainsi que leur déroulement présent ou souhaité dans les départements. Le reste de la journée s'écoule dans l'élaboration individuelle du projet d'auto-formation.

A la fin de la journée, la chercheure ne recueille que le tableau neuf (9): résumé du projet, avec le nom de l'auteur.

A la fin de l'activité, il est demandé à chaque sujet, mais sur une base volontaire, de verbaliser le vécu de sa journée ainsi que ses attentes devant une caméra vidéo. Toutes participent.

Suite à une suggestion de la part d'une participante, il est convenu de laisser un temps personnel pour compléter ou reviser le projet. Le tableau 9: résumé du projet devra être expédié à la chercheure au plus tard dans les deux semaines suivant cette journée.

La réalisation individuelle du projet de perfectionnement se déroule immédiatement après et pendant les cinq (5) mois qui suivent et il est constamment questionné de la façon suivante:

-Est-ce que les éléments nécessaires et requis à la réalisation de ce projet de formation sont présents?

-Qu'est-ce que la réalisation de cette expérience signifie pour la personne elle-même? Cette dernière question surtout vise à savoir l'effet du programme sur la motivation au travail.

**2ème phase: questionnaire ouvert**

Pendant la période de réalisation individuelle du projet de perfectionnement, la chercheure entre en contact avec les infirmières visées dans l'étude. Elle le fait d'abord par appel téléphonique afin

de leur demander si elles veulent bien compléter un document à questions ouvertes (Appendice 3) sur l'activité elle-même qui était de bâtir leur propre projet de perfectionnement, sur le suivi qu'elles lui ont donné à date et sur toutes les réflexions portées par elles-mêmes ou entendues depuis l'élaboration du projet. La chercheure formule le désir, à la même occasion, de les rencontrer individuellement par la suite.

Le questionnaire leur est envoyé respectivement accompagné d'une enveloppe affranchie pour le retour, cette date étant de deux (2) semaines après l'envoi du questionnaire Les questionnaires dûment complétés nous sont retournés dans les délais convenus.

**3ème phase: entrevue non directive mitigée**

L'entrevue non directive s'inspire de la méthode de psychothérapie non directive (centrée sur le client) de Rogers (1972). Gauthier (1984) souligne que dans l'entretien non directif, l'interviewer s'applique uniquement à écouter son interlocuteur le mieux possible, à le motiver pour qu'il s'exprime et il veille à apporter aux éléments du discours la même importance que le sujet lui-même leur accorde; aussi une attention particulière est-elle portée aux perceptions et aux états affectifs de la personne interviewée.

En plus, dans l'entrevue non directive mitigée, il y a lieu de dresser un plan d'entretien. Ce plan bâti à partir de l'objectif général et du thème de la recherche, explicite les buts spécifiques de l'entretien, en précise les sous-thèmes, prévoit pour chacun d'eux une question ouverte de présentation. Ce plan assure une meilleure maîtrise de l'entrevue, laisse une plus grande liberté d'esprit au chercheur pour porter attention aux attitudes et aux comportements du sujet face à la situation d'entretien, pour mieux veiller aussi à la qualité de la relation, pour le motiver à s'exprimer, etc.

L'entrevue non directive mitigée prévue dans le cadre de cette recherche est préparée à l'aide de l'objectif et du thème de cette recherche et, plus spécifiquement, découle des données fournies par le questionnaire répondu antérieurement, afin de questionner ces données, de les confirmer ou infirmer. Ces données doivent contribuer spécifiquement à la solution du problème, objet de la recherche.

De préférence, le contenu des entrevues est enregistré sur cassette audio avec la permission des sujets à l'étude, et ensuite transcrit.

Les infirmières impliquées dans la recherche doivent comprendre leur rôle et accepter d'exprimer leurs sentiments personnels face à ce qu'elles vivent vis-à-vis le programme d'auto-formation et l'impact dans leur travail. Une attention particulière est apportée durant la cueillette des données en ce qui a trait aux dimensions discrétion et temps puisqu'il s'agit, pour les sujets, de raconter leur vécu. La chercheure s'engage également à observer le comportement verbal et non verbal, de relever les caractéristiques de l'environnement et les diverses réponses de celles-ci à leur environnement s'il y a lieu. Les notes sont colligées au fur et à mesure sous forme de description et non d'évaluation.

Il va s'en dire que l'interviewer s'applique à créer une atmosphère propice aux confidences et s'assure que les sujets aient le temps nécessaire afin de s'exprimer clairement et complètement. La chercheure cherche à se mettre en disposition d'écouter dans une perspective de partage afin de comprendre toute la portée et l'étendue du discours du sujet. De cette manière, il peut y avoir échange entre les partenaires. Gauthier (1984) nous dit que c'est là "une perspective susceptible d'assurer une meilleure qualité de données de recherche". (p. 261)

Une fois les données du questionnaire reçues et compilées, un

nouvel appel téléphonique est fait afin de fixer la date de l'entrevue individuelle permettant de faire un retour sur le vécu pendant la durée du projet. Cette entrevue a pour but d'élucider certains points restés ambigus s'il y a lieu et de documenter davantage la recherche. Elle veut recueillir les données pertinentes couvrant toute la période du projet.

Les entrevues s'étalent sur une période de deux semaines et se réalisent, une au domicile de l'infirmière, une au lieu de travail et les quatre autres au domicile de la chercheure. Ces entrevues non directives mitigées, préparées avec un schéma ressorti des grandes idées provenant du questionnaire, sont enregistrées sur cassette audio à l'exception de celle faite au domicile de l'infirmière qui refuse l'enregistrement.

Suivant chaque entrevue, les conversations sont transcrites et codées, chaque document est accompagné d'une fiche signalétique mentionnant les compléments d'informations, date, circonstances, durée d'entretien, etc. Les phrases connectant avec la revue de littérature faite ou des patterns de comportement émergeant de l'analyse préliminaire de données sont sélectionnées afin de faciliter l'efficacité de l'analyse des données.

**Journal de bord**

Pendant toute la période couvrant l'élaboration et l'expérimentation des projets individuels de perfectionnement des infirmières en soins prolongés, la chercheure consigne les données recueillies dans un journal personnel.

Ce journal de bord sert à relever les réactions et impressions subjectives sur le déroulement de la recherche pour fin de distanciation.

***TRAITEMENT DES DONNEES***

Le travail de classement ou de catégorisation est en général désigné sous le nom d'analyse de contenu quand il se rapporte à des données qualitatives obtenues dans des conditions naturelles. Selon Cartwright (1974), "l'analyse de contenu désigne la description objective, systématique et quantitative de n'importe quel comportement symbolique". (p. 481) Le traitement des données réalisé ici tient compte de cette description de l'analyse de contenu.

A la réception des questionnaires complétés, ceux-ci sont compilés par question et transcrits avec une marge respectable afin de faciliter la catégorisation et la relation avec la théorie. Les entrevues sont transcrites de la même façon.

Chaque transcription fait l'objet de lectures répétées afin d'en faire l'imprégnation. Les phrases jugées significatives sont ensuite soulignées dans les textes. Les phrases connectant avec la revue de littérature faite ou des comportements remarqués à l'analyse préliminaire des données sont sélectionnées afin de faciliter l'analyse des données.

Dans un premier temps, un schéma est élaboré à partir des similitudes entre les différentes données. Quatre (4) catégories sont retrouvées. C'est ce schéma qui sert de base à la préparation du canevas d'entrevue non directive mitigée.

Dans un second temps, il s'agit de rassembler dans chacune des catégories les éléments des données s'y rapportant avec les références. Des comparaisons sont ainsi réalisées tout en organisant les données.

Dans cette recherche, l'analyse des données consiste à classer

les données recueillies par le questionnaire ouvert, l'entrevue non directive mitigée et par le journal de bord en catégories et à les ordonner selon leur fréquence, à les clarifier et à en faire la synthèse. En procédant ainsi, il est alors possible de faire ressortir les différentes caractéristiques en vue d'en mieux comprendre le sens exact et précis (J.P. Deslauriers, 1985).

La méthode utilisée tout au long de cette étape est celle de l'analyse comparative constante des données recueillies. D'après J.Y. Levesque (1989), "cette méthode se réalise à partir de l'analyse des similitudes et des dissimilitudes entre les diverses unités de données recueillies d'une entrevue à l'autre sur le phénomène étudié". (p. 27)

**Lectures préliminaires**

Tout d'abord, un temps initial de familiarisation avec le matériel par des lectures répétées est nécessaire afin d'en arriver à une sorte d'imprégnation (Desmarais & Grell, 1986) et à l'établissement d'une liste des énoncés ressortant des données (Deslauriers, 1987). C'est une sorte de "pré-analyse" pour en dégager une idée du sens général, certaines idées forces permettant d'orienter l'ensemble de l'analyse subséquente pour atteindre les objectifs visés (R. L'Ecuyer, 1987).

Les marges annotées à chaque lecture permettent de préciser le sens des données et de situer chacune dans l'ensemble. Le texte lui-même aussi est annoté en soulignant les mots significatifs.

**Catégorisation et organisation catégorielle**

Après avoir, dans l'étape précédente, fait la mise en ordre des mots et des phrases, il convient maintenant, selon Bardin, (1977) de mettre au point une catégorisation qui fournira par condensation une

représentation simplifiée des données brutes. Dans un premier temps il s'agit de faire des similitudes entre les différentes données de façon à débuter l'élaboration d'un schéma, et en second, de rassembler dans chacune des catégories les éléments des données s'y rapportant. Pour chacune des catégories, il est important de noter les références des données.

A mesure qu'une nouvelle donnée s'inscrit dans une catégorie, il convient de la comparer aux données déjà incluses. Laperrière (1982) mentionne que ceci amène souvent à la définition de nouvelles "propriétés" à ces catégories et que cette démarche s'accompagne continuellement d'une réflexion théorique visant à organiser les données. Ainsi, cette analyse nous conduira à produire une vue d'ensemble des différentes données de façon à ce qu'il s'en dégage une trame commune.

**Les résultats attendus**

Après avoir mis en rapport les données, organisé les éléments, passé des données aux hypothèses, nous procédons à la représentation mentale cohérente de ce qui se passe dans la réalité étudiée. Nous serons alors à même de déterminer ou non si les données sont utiles pour éclairer la question explorée et pertinentes au phénomène étudié ou encore si elles nous aident à mieux comprendre ce phénomène de la motivation. Ainsi, nous pouvons mieux saisir le rôle que l'auto-formation joue dans le processus de la motivation chez les infirmières en soins prolongés.

Dans le chapitre quatrième nous pourrons prendre connaissance des données qualitatives recueillies ainsi que des résultats généraux et de l'interprétation que nous en avons faite.

## CHAPITRE QUATRIEME

## DONNEES RECUEILLIES ET RESULTATS DE LA RECHERCHE

Après en avoir vu l'organisation et le déroulement, ce chapitre contient les résultats de la recherche.

Ceux-ci sont présentés en trois (3) étapes. D'abord apparaît la liste des besoins/objectifs tels qu'énoncés dans les projets individuels de perfectionnement, ensuite les résultats généraux pour l'ensemble des données collectées ainsi que les divers paramètres se rapportant à chaque catégorie de données. En troisième lieu, nous verrons l'interprétation des résultats en lien avec la théorie.

### PRESENTATION DES PROJETS INDIVIDUELS DE PEERFECTIONNEMENT

Tout au long de cette recherche, les données sont recueillies d'après les projets élaborés lors de la première journée de rencontre de tout le groupe. Les besoins et objectifs formulés dans les projets individuels de perfectionnement peuvent se reclasser sous cinq (5) thèmes. Il y a quatre (4) projets qui traitent du plan de soins, un (1) d'enseignement au bénéficiaire, deux (2) de réunions d'équipes, un (1) d'acquisition de connaissances au niveau des désordres cognitifs et trois (3) au niveau du comportement, communication et relations interpersonnelles.

Voici comment ces objectifs sont formulés.

---

Les prénoms sont fictifs et ont été choisis au hasard afin de respecter la confidentialité.

**Amélie:**

-Apprendre à maintenir des relations interpersonnelles et avoir une attitude d'ouverture pour apprécier l'apport de chaque membre de l'équipe.

-Savoir apprécier les richesses et les valeurs de chacun.

-Savoir procéder à l'évaluation du plan de soins avec le bénéficiaire ou les membres de la famille ou personnes significatives.

-Apprendre à enseigner aux bénéficiaires les moyens de prévenir la maladie, la contracture et les moyens de conserver ou de restaurer la vigueur actuelle.

**Brigitte:**

-Faire participer régulièrement les équipiers aux réunions d'équipe de nuit.

-Changer mon comportement et me motiver à m'actualiser selon les besoins ressentis au niveau de mon travail: redémarrer le comité de formation et préparer mes réunions d'équipe.

-Reviser les étapes de l'évaluation du plan de soins afin d'y apporter les modifications nécessaires.

**Colette:**

-Identifier les divers troubles de comportement qu'ont certaines personnes âgées.

-Connaître les diverses atteintes de désordres cognitifs que ce soit au niveau médical, approche ou comme intervenante.

**Doris:**

-Acquérir l'habileté nécessaire à la mise à jour du plan de soins de façon compréhensible pour tous.

**Elise:**

-Acquérir la capacité de communiquer:

-exprimer le plus fidèlement possible ce que je ressens, pense;
-vérifier si message bien compris;
-écouter l'autre sans porter de jugement;
-discuter avec l'autre de nos différences d'opinion.

-Acquérir capacité d'animer et de terminer la réunion d'équipe.

**France:**

-Etre capable de faire la mise à jour du plan de soins avec des objectifs bien formulés et réalistes.

Ces projets ont continuellement servi de base lors des questionnaires et des entrevues. Il est apparu important de toujours mentionner la référence au projet personnel lors du questionnaire et

des entrevues afin que nous puissions vraiment saisir l'apport du projet et sa relation avec le vécu au travail.

**RESULTATS GENERAUX**

L'analyse des données de cette recherche nous permet d'abord de regrouper ces données en trois (3) catégories par rapport aux idées émises. Il semble donc que le projet individuel de formation ait eu une influence sur:

-l'accomplissement des tâches professionnelles;

-la réalisation de soi;

-la satisfaction au travail;

Le tableau 4 nous présente une vue d'ensemble des résultats de cette recherche chacune de ces classes explicitées plus longuement.

***ACCOMPLISSEMENT DES TACHES PROFESSIONNELLES***

Cinq des six projets individuels de perfectionnement élaborés ont un ou des objectifs directement reliés à la tâche professionnelle. Voici donc les données recueillies qui ont été subdivisées en niveaux de savoir.

*SAVOIR:*

Une seule des cinq infirmières dont les projets ont été mentionnés ci-haut a un objectif au niveau des connaissances, objectif qui ne fut que partiellement atteint étant donné son retrait prématuré travail deux mois après l'élaboration du travail. Cependant,

**TABLEAU 4: RESULTATS DE LA RECHERCHE**

***ACCOMPLISSEMENT DES TACHES PROFESSIONNELLES***

*.SAVOIR*

*.SAVOIR-FAIRE*

*.SAVOIR-ETRE:* .Autonomie

.Place dans l'équipe

.Attitudes devant évènements

***REALISATION DE SOI***

*.CONNAISSANCE DE SOI*

*.PERCEPTION PLUS POSITIVE DE SOI*

*.SECURITE*

*.VALEUR PERSONNELLE*

*.DIMENSION CREATRICE*

*.OUVERTURE SUR LES AUTRES*

***SATISFACTION AU TRAVAIL***

*.VALORISATION*

*.IMPORTANCE DU TRAVAIL*

*.CONNAISSANCE DES RESULTATS*

*.FEEDBACK*

l'intervenante affirme que ce projet lui a apporté des connaissances nouvelles car il y a des choses qu'elle ne savait pas, par exemple sur les réactions des patients dans la maladie d'Alzeimer. Elle s'est renseignée: "ce que j'ai appris, c'est déjà beaucoup". (Colette)

*SAVOIR-FAIRE:*

Au niveau du savoir-faire, les réflexions émises touchent trois (3) thèmes principaux, soient le rôle, les habiletés et le fonctionnement.

Au sujet du rôle, deux (2) intervenantes expriment avoir vécu une expérience positive dans ce domaine.

Pour Amélie, le projet lui a apporté un meilleur approfondissement des tâches et habiletés auprès des personnes âgées. Elle a davantage conscience de travailler plus comme chef d'équipe que comme exécutante et de jouer un rôle particulier dans l'équipe.

> Depuis que j'ai commencé ce travail (le projet), affirme-t-elle, je porte plus d'attention à mes tâches d'infirmières auprès des personnes âgées. Je m'établis des priorités et j'encourage chaque catégorie de personnel à faire de même...Plus je connais mon rôle, plus ça transparaît dans mon travail.

Quant à Elise, elle accuse une meilleure perception de son rôle de chef d'équipe.

Des habiletés ont été développées particulièrement au niveau du plan de soins. Quatre (4) des six (6) projets identifiaient des besoins dans ce domaine. Toutes expriment des satisfactions quant à la rédaction ou à l'utilisation de cet instrument de travail. Amélie

utilise plus le plan de soins comme outil de travail . Elle se dit davantage sensibilisée et ajoute: "c'est rendu que les équipiers me disent: as-tu marqué cela dans le cardex?. Je ne l'utilisais pas assez".

Le fait de prendre conscience qu'on utilise mal le plan de soins, affirme Doris, fait prendre conscience qu'on doit changer des choses si on veut réussir à l'utiliser. C'est encore du chinois, dit-elle, mais je le comprends mieux.

Quant à Brigitte, le plan de soins, elle y porte plus d' attention pour l'élaborer, regarder ce qu'elle pourrait y ajouter car il y a des besoins qui, pour elle qui travaille de nuit, sont plus évidents durant ce service.

Le fonctionnement a été regardé sous l'angle de la perception de réaliser une tâche complète, entière, la tâche de chef d'équipe comportant un volet administratif et aussi une participation mitigée aux soins. "Je me sens apte à accomplir ma tâche de chef d'équipe, dit Amélie. Je donne le maximum et je me sens valorisée dans mon travail". Cette infirmière se sent plus responsable du climat de l'équipe. Ce projet l'a amenée à développer des attitudes de chef d'équipe, à amener des changements dans l'équipe. Elle a appris comment approcher les équipiers et aussi à régler les problèmes à mesure. "J'essaie d'aider les gens à régler leurs problèmes...Je stimule plus les équipiers".

Colette affirme voir davantage les soins à donner au niveau individuel. Elle mentionne qu'auparavent, même si elle donnait des soins de base, elle n'avait pas la même approche. Maintenant, elle a la perception d'un rôle plus complet parce qu'elle montre à ses collègues des choses qu'elle a apprises.

*SAVOIR-ETRE:*

Le niveau de savoir-être touche l'autonomie, la place dans l'équipe et les attitudes à apporter face aux changements, aux problèmes de soins, aux besoins exprimés ou non et aux contraintes. Voici ce que les intervenants ont acquis vis-à-vis leur façon d'être dans leur rôle d'infirmière chef d'équipe.

Autonomie.

A l'intérieur de leur formation, les infirmières apprennent qu'il existe une partie de leur travail infirmier qui est autonome et qui consiste en l'évaluation des besoins fondamentaux du patient qui conduisent à la formulation d'un diagnostic infirmier et à l'élaboration de solutions devant répondre aux besoins soulevés. Selon Colette dont les besoins étaient au niveau de l'évaluation de plan de soins et de l'enseignement au bénéficiaire, "le fait qu'on en sait davantage nous fait fonctionner mieux". La réalisation de son projet l'a rendue elle-même plus autonome et a rendu les équipiers plus autonomes.

Place dans l'équipe.

Dans le contexte budgétaire à la baisse que nous vivons actuellement dans les établissements de santé, les incitations à apprécier "les bras" et moins "les cerveaux" sont grandes. Les équipiers sont plus enclins à désirer quelqu'un pour les aider à donner de ces soins qu'à faire des fonctions administratives. Les infirmières chef d'équipes doivent donc faire un effort pour garder leur place et ainsi remplir leur fonction de façon intégrale. La réalisation du projet individuel de perfectionnement a permis à deux (2) infirmières de se sentir plus à l'aise dans leur rôle.

Pour France, les tâches ne sont pas assez définies et les

infirmières ne prennent pas assez leur place.

> "On dirait que c'est inné, dit-elle. Je me sens coupable si je sors de l'équipe, si je ne vais pas aider aux soins dans l'équipe. On en a parlé. Quand je leur explique que nous avons d'autres tâches, ils comprennent. Lors d'une réunion d'équipe, j'ai pu leur faire part du malaise que je ressentais lorsque j'avais à faire des tâches qui, pour eux, semblaient inutiles (plan de soins,etc) et dont j'avais à me retirer de l'équipe. J'ai senti que je les avais sensibilisés un peu à mon travail d'infirmière. Depuis ce temps, je vis beaucoup moins de culpabilité et je trouve mon travail valorisant".

Et pour Elise, prendre sa place comme chef d'équipe l'aide beaucoup.

Attitudes devant les événements

Quand il s'agit de prodiguer des soins à des personnes, des situations plus ou moins urgentes peuvent surgir. Cela fait partie du quotidien. L'infirmière chef d'équipe doit posséder une certaine facilité d'adaptation pour faire face aux événements et décider quelle est la meilleure intervention à apporter dans la situation. Le projet individuel de perfectionnement a permis à quatre (4) infirmières de vérifier et même d'apporter des changements positifs dans leurs attitudes.

Face aux changements, Amélie affirme être plus capable de faire les changements qui s'imposent, que ce soit avec les patients ou avec le personnel de l'équipe. Elle a fait avec l'équipe les changements nécessaires pour certains patients. Le personnel a apprécié ses interventions. Elle ajoute:

> Pour les changements, si on veut en faire, c'est sûr qu'il y aura toujours des gens négatifs. Maintenant, je leur dis: on fait un essai et on va essayer assez longtemps pour voir si c'est bon. Quand on a essayé assez longtemps, ça ne chiale plus.

Pour Amélie, ce qui est dur, c'est de faire des concessions pour essayer de s'entendre et en même temps donner de bons soins. Maintenant, elle avoue avoir plus de facilité pour ça. "Le personnel n'a pas toujours tort et si on admet qu'il a parfois raison, on a plus leur collaboration pour autre chose". Elle dit qu'en soins prolongés, il faut faire de petits changements car si on en fait jamais, le monde vient qu'il n'est plus capable d'en faire.

Doris affirme que le projet lui a fait changer la perception de son rôle de chef d'équipe.

Face aux besoins et problèmes de soins, Amélie souligne être plus à l'écoute de ce que les équipiers viennent lui dire.

Quant à Brigitte, ses attitudes ont changées. Les besoins et les problèmes des clients, elle les voyait autant mais ne les inscrivait pas nécessairement au plan de soins. Pour elle, c'est une ouverture.

***REALISATION DE SOI***

La deuxième grande classe d'idées retenue à travers les données explorées touche les personnes avec les changements qu'elles ont sentis s'opérer à l'intérieur d'elles-mêmes. Ces intervenantes, confrontées à ce qu'elles ont souffert et ressenti d'ennuyeux, ont découvert, à travers ce projet, qu'elles pouvaient changer quelque chose à leur vie au travail mais aussi à leur vie de tous les jours. La connaissance d'elles-mêmes avec leurs limites a provoqué en elles un besoin de possibilités nouvelles qui les a conduites à une

recherche plus approfondie et un désir croissant de changer. Trois (3) des six (6) projets révélaient des objectifs de croissance personnelle et ont apporté des manifestations par rapport à une meilleure perception de leur valeur propre, de leur dimension créatrice et une ouverture plus grande sur les autres.

*CONNAISSANCE DE SOI:*

Quatre (4) répondantes admettent avoir une meilleure connaissance d'elles-mêmes avec leurs forces et leurs limites. Pour Brigitte, ce projet lui a donné une motivation et a fait ressurgir les points forts et surtout les points faibles qu'elle a à travailler. Elle trouve que ça va lui donner un meilleur fonctionnement au travail.

Qaunt à Doris, ce projet lui a fait prendre conscience de son rôle, conscience des choses qu'elle a à améliorer, qu'elle a à travailler. Elle mentionne que juste le fait de reconnaître les sources dans lesquelles elle a de la difficulté va lui permettre d'essayer d'atteindre ses objectifs, de travailler dans ce sens-là.

Le projet a donné à Amélie des moyens concrets de se motiver dans son travail, l'a aidée à mieux se connaître. Elle connaît maintenant ses limites et les accepte. Ca lui donne plus de confiance en elle-même. Elle a réalisé qu'avant, elle prenait tout sur ses épaules. Maintenant, elle ne fait plus cela.

Elise affirme s'être aperçue en faisant ce projet qu'elle se connaissait mal. Présentement, sa recherche sur elle-même lui a permis de voir certaines facettes de sa personnalité auxquelles elle aimerait apporter des changements. "Ce n'est pas toujours facile d'aller au fond de nous-mêmes, dit-elle, mais je crois que de cette façon, je pourrai améliorer ma qualité de vie dans mon travail et même dans mes

relations amicales et familiales".

*PERCEPTION PLUS POSITIVE DE SOI*

Cinq (5) des infirmières interrogées disent, soit dans les rapports ou dans les entrevues, se percevoir de façon plus positive tout en se sentant plus sécures dans les relations interpersonnelles. Deux (2) se disent plus positives, une (1) avoue avoir développé un sens de l'humour l'aidant dans ses rapports avec les clients et les membres de l'équipe, une parle d'auto-accomplissement et une autre se dit plus heureuse.

*SECURITE*

Quant à l'aspect sécurité, une intervenante en parle de façon explicite:

> Je sais plus où je m'en vais avec ça. Je m'aperçois que j'étais trop rigide. Maintenant j'essaie de m'ajuster. J'ai changé de ce côté- là. Je me sens comme une alcoolique qui doit se prendre en main tous les jours. Je vois une différence depuis que j'ai commencé à travailler ça. Je travaille la confiance en moi-même. Je vis encore beaucoup d'insécurité mais j'ai plus de satisfaction. (Elise)

*VALEUR PERSONNELLE*

France se sent meilleure intervenante. Elle comprend mieux ce que vivent les clients et le personnel et elle peut plus leur apporter du soutien. Pour elle, ce projet a été un outil supplémentaire pour l'aider à s'améliorer, à se réaliser.

Quant à Elise, elle a plus de facilité à verbaliser ses mécontentements. Elle laisse moins accumuler ses désaccords donc elle réussit mieux à se contrôler. Ainsi, elle vit moins de frustration et elle est plus positive au travail.

Amélie exprime ses victoires personnelles en ces termes:

> Il y a des personnes qui ne voient que le négatif. Maintenant je ne vois plus comme cela. Je vois le positif des personnes pour aller chercher le meilleur. J'ai développé un bon sens de l'humour et ça m'aide beaucoup dans ce milieu. Avec le projet, j'ai appris à me connaître, ça me donne plus de confiance en moi. Ca me rend plus heureuse. Ca me demande moins d'énergie. Ca me rend plus autonome et ça rend les équipiers plus autonomes.

*DIMENSION CREATRICE*

La réalisation du projet individuel de perfectionnement a donné à Colette de s'apercevoir qu'il manquait une dimension à son travail car elle n'avait pas vraiment le temps d'aller jaser avec les clients ni d'échanger des idées. Elle a eu l'idée d'un projet n'existant pas dans la région. Ce projet n'est pas à réaliser tout de suite mais plus tard.

France a pensé faire un manuel d'accueil à l'usage des patients et de leur famille et rencontrer les gens pour leur expliquer le roulement de la maison et leur donner les détails qu'ils n'osent pas demander.

Trois (3) infirmières avouent vouloir faire des changements dans leur vie.

> Ce projet a changé beaucoup de choses dans ma vie. Là, je veux prendre des cours de français car ça me tanne de faire des dossiers et de me demander: comment je

> pourrais dire ça pour que l'autre comprenne ce que j'ai écrit. Les cours de français vont m'y aider. (Doris)
>
> Le projet m'a amenée à développer des attitudes de chef d'équipe et aussi à régler les problèmes au fur et à mesure de leur apparition. (Amélie)
>
> Mon résultat est là: je me sens mieux. Le projet m'a donné l'occasion de voir que je suis capable de faire autre chose. (Elise)

*OUVERTURE SUR LES AUTRES*

Quatre (4) intervenantes se sentent plus à l'aise de travailler avec les autres membres de l'équipe et d'être davantage ouvertes à eux.

Amélie pense que ce travail peut avoir des répercussions sur d'autres personnes. Elle est plus à l'écoute des autres qui travaillent avec elle même si ses opinions sont quelquefois divergentes. Elle est davantage en mesure d'exploiter le potentiel de chacun.

"Pour moi dit Doris, ça a changé la perception de mon rôle. Je pense maintenant davantage à demander aux membres de l'équipe".

Quant à Colette, ça lui a donné du "pep" pour aller vers les autres.

Le projet a même fait expérimenter à Amélie que le fait de travailler sur elle-même (objectif de relations inter-personnelles) lui avait permis d'apporter beaucoup aux autres.

> Maintenant, j'essaie d'aider les autres à voir plus clair. Avec mes objectifs, ça m'a ouvert sur les autres. Je les stimule plus, j'ai plus leur collaboration et

> c'est plus valorisant pour elles. Je suis plus capable de dire aux autres que leur idée est importante dans l'évaluation d'un bénéficiaire. J'essaie de rendre les autres plus autonomes. Ca m'a aidé à avoir plus de facilité à fonctionner en équipe. (Amélie)

***SATISFACTION AU TRAVAIL***

Le travail comporte en lui-même un élément de satisfaction lorsqu'il est jugé important. Si le travailleur trouve dans sa tâche une certaine valorisation et qu'il peut apercevoir des résultats de son effort, il devient de plus en plus motivé.

*VALORISATION DANS LE TRAVAIL*

Quatre (4) intervenantes émettent des réflexions touchant à la valorisation au travail. France, qui a réussi à sensibiliser l'équipe à la nature de son rôle d'infirmière ainsi qu'aux obligations qui en découlent, affirme qu'elle vit moins de culpabilité lorsqu'elle accomplit des tâches administratives et trouve maintenant que son travail est valorisant.

Doris souligne qu'en autant qu'elle se sent correcte dans son travail, elle se sent valorisée. Elle ajoute: "c'est moi qui suis importante".

Quant à Brigitte, elle a de la difficulté à percevoir de la valorisation dans son travail.

> Dans un sens plus valorisant parce que je m'implique plus dans le cheminement (le projet), mais le travail comme tel plus valorisant, non. C'est juste quand je vois que je fais quelque chose et que ça rapporte aux bénéficiaires que je me dis: t'as bien travaillé. A part ça, non.

*IMPORTANCE DU TRAVAIL*

Quant à l'importance du travail, cet item paraît jouer un rôle dans la valorisation et est noté comme tel. Amélie affirme que si son travail était dévalorisant elle n'y resterait pas mais elle le perçoit présentement comme valorisant car, pour elle, il est important.

Doris affirme que plus elle sera capable de bien faire sa tâche, plus son travail sera important.

Cela concorde aussi avec Amélie qui souligne que le fait qu'elle puisse apporter davantage à l'équipe, son travail prend plus d'importance, et avec France qui trouve que son travail est utile pour d'autres: "Il me semble que je rends des services en tout cas".

*CONNAISSANCE DES RESULTATS*

Quelquefois des résultats sont perçus dans la réalisation de la tâche. Par exemple, Amélie a fait, avec l'équipe, les changements nécessaires pour les patients. Le personnel a apprécié ses interventions pour faciliter leurs tâches. Elle a senti que l'équipe tenait compte de ses suggestions et elle avoue s'être sentie valorisée.

Amélie trouve que son travail est important. Ce ne sont pas les patients qui lui donnent les résultats de son travail mais elle regarde le climat dans l'équipe. Quand ça va mieux dans l'équipe, dit-elle, les patients sont mieux soignés.

Pour France, elle influence l'équipe par sa motivation, son bon esprit d'équipe, son humour et son amour des personnes âgées. "Je sens que l'équipe m'apprécie et ça me donne des ailes pour continuer dans cette voie".

Quant à Colette, elle n'a pas l'impression de voir des résultats personnels de son travail. Doris qui a bâti un objectif d'élaboration de plans de soins, affirme que quand elle sera capable de maîtriser les plans de soins, ce sera plus intéressant car elle va réaliser que ce qu'elle fait est de mieux en mieux fait.

*FEEDBACK*

La plupart des infirmières, cependant, ne reçoivent que peu ou pas de feedback de la part des patients car la plupart sont tellement détériorés qu'ils ne réagissent que très peu. Amélie dit qu'il faut accepter la dégradation physique des patients et que ce n'est pas toujours facile. Et elle ajoute: "face à moi, souvent ils ne peuvent pas le dire mais quelquefois ils disent merci".

France trouve qu'au Pavillon des soins prolongés, il y a moins d'appréciation qu'ailleurs de la part des clients. Tant qu'à Elise, elle est plus catégorique: "non, personne ne me le dit".

Peu de commentaires sont émis sur le feedback reçu des supérieurs. Seulement France a mentionné que son supérieur semblait apprécier son travail. Cependant quatre (4) infirmières reçoivent du retour de la part des équipiers.

Colette affirme en avoir eu et que ça se traduisait à peu près comme ceci: " c'est une bonne idée, on va aller voir ça..."

Pour Amélie, le feedback, qu'il soit positif ou négatif, c'est aussi important. Si c'est négatif, elle va essayer de faire le changement. Elle est aussi capable de l'exprimer à son équipe et à sa responsable avec qui elle est à l'aise.

Brigitte trouve que son feedback lui vient surtout des autres chefs d'équipes: "quand on fait un bon coup l'une ou l'autre, on se le dit". Cependant, "pas autant d'appréciation des coéquipiers. Quand ça va bien, on ne se le dit pas. C'est surtout s'il y a quelque chose qui cloche, on se le dit pour que ça aille mieux après".

Elise réalise que c'est difficile d'aller chercher du feedback des autres, "mais mon résultat est là: je me sens mieux".

***PERCEPTION DE LA PROFESSION***

Nous venons de présenter les résultats des données recueillies à travers les trois (3) catégories: accomplissement des tâches professionnelles, réalisation de soi et satisfaction au travail. Quelques réflexions sont aussi émises sur la motivation en général et sur la perception de la profession. Voici ces commentaires.

Quand il est question de la motivation en général, la question semble plus difficile à expliciter en termes concrets. Quatre (4) infirmières parlent en termes de motivation et une de démotivation.

Ainsi, pour Brigitte, quand elle a débuté cette activité, elle croyait que c'était pour l'aider à lui redonner la motivation perdue face à sa profession. C'est pour cela qu'elle y est allée avec toutes ses énergies. Quand le temps fut venu de mettre ses activités en pratique, elle s'est aperçue qu'elle n'avait ni le goût ni la motivation personnelle de le faire.

> C'est réellement comme ça que je me sens face au nursing. Je fais bien ce que j'ai à faire, mais sans plus. Je me suis aperçue que je ne veux pas pousser plus loin dans ce domaine. J'aime mieux diriger mes énergies ailleurs. Pour l'instant, si je proposais des changements à l'équipe, il faudrait que je sois motivée pour les

> faire moi-même. C'est le problème de ce temps-ci ma motivation. Ce n'est pas à cause du projet, c'est au niveau professionnel. Je n'ai plus l'enthousiasme que j'avais. (Brigitte)

> Les objectifs personnels que je me suis fixée me donnent de la motivation dans mon travail. Le fait aussi de pouvoir amener des petits changements, des améliorations au département me motivent. (Amélie)

Au sujet de la perception de la profession, les opinions sont diversifiées surtout que les médias ont largement divulgué, depuis une couple d'années, de nombreux faits et gestes démontrant qu'il y a un malaise dans la profession. Ce malaise se reflète dans les propos des sujets rencontrés. Deux d'entre elles veulent quitter la profession. Brigitte affirme que si elle avait à suivre des cours, ce ne serait pas en nursing. "Du nursing, ça ne me rapporte plus ce que ça m'apportait. Si j'avais l'occasion de me trouver un emploi complètement en dehors du nursing, j'irais". Le projet qu'elle a réalisé lui a fait prendre conscience des lacunes de sa profession. Et elle ajoute:"je ne sais pas ce que je veux mais une chose est sûre, je sais ce que je ne veux pas".

Elise se demande si elle s'est trompée de profession.Cependant elle ajoute que les dix ans qu'elle a faits c'est de l'acquis qu'elle ne regrettera jamais. Elle trouve difficile ce qu'on vit actuellement dans le système de santé. Elle aimerait changer. Elle s'inscrit au Cegep à l'automne en administration.

Cependant, Doris affirme que ça lui a donné du dynamisme dans sa profession et pour France, le projet a contribué à élargir la perception qu'elle avait de sa profession.

***APPRECIATION DU PROJET***

Quant au projet lui-même, voici quelques réflexions émises qui semblent en démontrer l'appréciation globale et l'efficacité.

> Ca a été une vraie petite thérapie. (Brigitte)
>
> Le projet m'a stimulée à faire des plans de soins et m'a donné du dynamisme dans ma profession. Ca a aussi changé beaucoup de choses, car là je veux prendre des cours de français. (Doris)
>
> Avec le projet, l'idée m'est revenue de faire quelque chose de nouveau au niveau de la région pour les personnes âgées... (Colette)
>
> J'ai trouvé ça bien plaisant à faire. Ca m'a motivé dans mon travail, ça m'a apporté de quoi de nouveau en cours de route, des idées nouvelles. (France)

Pour Brigitte qui accuse une démotivation face à sa profession, elle dit maintenant qu'avec le projet, elle sait plus où elle s'en va. Elle sait plus où sont ses problèmes et la manière de les régler aussi. Pour elle, ça a été un gros atout de fonctionner avec la formule du projet. Elle trouve que ça vaut pour tous les projets: "ça peut même aller pour un projet de vie".

***DONNEES DU JOURNAL DE BORD***

Les données que nous venons de présenter sont toutes tirées des réflexions émises après l'élaboration du projet, des questionnaires et des entrevues. Quant au journal de bord de l'auteure, il a constamment révélé, tout au long de la réalisation du projet, un optimisme face à sa réussite, une collaboration franche et soutenue dans toutes les activités impliquées et un plaisir à y participer.

Voici donc maintenant l'interprétation que nous faisons des résultats que nous venons d'expliciter dans cette dernière partie de chapitre.

## INTERPRETATION DES DONNEES

L'interprétation des résultats est faite d'après la recension des écrits. Elle porte sur le vécu des infirmières participantes au projet individuel d'auto-formation et la relation existant entre le perfectionnement individuel et la motivation au travail. Nous comparerons les résultats de notre recherche avec les résultats d'études sur la motivation et sur la formation déjà citées dans les orientations théoriques.

Déjà, à la période d'élaboration des projets individuels, nous remarquons le besoin des infirmières de mieux performer à deux niveaux:

-l'accomplissement des tâches professionnelles manifesté par l'intérêt à mieux traiter le plan de soins ( 4 objectifs) et la réunion d'équipe (2);

-l'accomplissement personnel par une amélioration souhaitée aux plans comportements, communication et relations interpersonnelles (3).

Ces deux niveaux de besoins nous font réaliser que les objectifs convergent vers un mieux-être des participantes à l'étude avec un ratio imposant de cinq (5) sur six (6) qui se sont exprimées dans ce sens.

Cet intérêt à mieux se sentir au niveau personnel et professionnel est cohérent avec la problématique décrite auparavant où beaucoup de paroles exprimées et de manifestations de comportements

laissaient percer un manque de satisfaction. Le projet a permis à ces infirmières une conscientisation de leur vécu et une occasion d'y apporter du changement.

Les objectifs personnels des intervenantes ayant pris part à l'étude nous laissent entrevoir la capacité de celles-ci à se prendre en charge de façon globale et, comme le souligne Weil (1975), dans toutes les dimensions de leur être: le connaître, le faire, l'agir et au niveau le plus profond d'exister. Les objectifs formulés démontrent un grand besoin d'accomplissement et en même temps l'audace d'un chemin de non-facilité surtout en ce qui concerne les objectifs de croissance personnelle. Nous pouvons ainsi percevoir, avec Morin (1983), qu'elles font partie des adultes qui s'inventent continuellement à travers leurs dépassements et par le perpétuel renouvellement de leur projet.

Si nous regardons ces objectifs à la lumière des besoins fondamentaux de l'échelle de Maslow (1970), nous nous apercevons qu'ils se situent tous au niveau des besoins supérieurs de l'ordre de la croissance personnelle. Il existe donc une soif d'actualisation de soi qui est perçue dans les projets.

Après ces quelques considérations sur les objectifs formulés dans les projets, regardons maintenant l'interprétation que nous faisons des résultats présentés dans la partie précédente de la recherche.

### *ACCOMPLISSEMENT DES TACHES PROFESSIONNELLES*

Nous avons vu, dans la présentation et l'analyse des résultats, que les données recueillies s'articulent autour de trois (3) axes qui se sont dégagées tout au long de la recherche. Ces catégories sont:

-l'accomplissement des tâches professionnelles

-la réalisation de soi

-la satisfaction au travail.

Au niveau de l'accomplissement des tâches professionnelles, cinq (5) des six (6) projets ayant un ou des objectifs reliés à cette classe, il convient de mentionner l'impact positif apporté par le programme d'auto-formation. Nous retenons que cette activité éducative amorcée par la recherche a contribué, comme le suggère Dominice (1979), à l'augmentation des connaissances, à la transformation des attitudes et à la réalisation des objets qui constitueront des appuis formateurs de leur développement et de leur épanouissement professionnel et social.

La réalisation des objectifs d'accomplissement des tâches professionnelles a contribué à l'épanouissement de ces infirmières en leur procurant une nouvelle dimension à leur savoir, en agrandissant leur champ de vision du monde et du travail, en les armant pour faire face aux difficultés encourues et en leur donnant une sécurité intérieure face au travail.

Les six (6) intervenantes interrogées ont affirmé ressentir un mieux-être face à leur travail. Ce mieux-être s'est traduit par une plus grande autonomie (1), une plus grande facilité à prendre leur place de professionnelle dans l'équipe (2) et des attitudes favorisant l'adaptation aux différents changements qui peuvent se produire (4).

Les quatre (4) infirmières qui ont travaillé à l'amélioration de leur performance quant à la rédaction et à l'évaluation du plan de soins ont senti que leur actualisation dans ce domaine leur apportait sécurité, autorité, valorisation et sentiment d'être utile. Le plan de soins étant l'outil indispensable à la dispensation des soins de qualité, les connaissances nécessaires, l'habileté à le rédiger de même que les attitudes démontrées devant son utilisation font de l'infirmière qui le rédige une cible constamment mise à l'épreuve. Il n'est donc pas étonnant que la démarche scientifique que requiert

l'élaboration du plan de soins, si elle n'est pas comprise ou intégrée, cause des problèmes de performance au travail et le sentiment de n'être pas aussi utile qu'on le pourrait.

Ces objectifs énoncés sur le plan de soins sont directement liés à la tâche et tendent à confirmer l'énoncé de Marchand (1982) qui affirme que l'apprenant adulte tend à développer des connaissances, habiletés et attitudes proches de ses responsabilités et activités et qu'il veut répondre à un besoin fonctionnel, c'est-à-dire lié à des applications immédiates.

L'auto-formation au niveau des tâches professionnelles, en plus d'apporter une croissance des habiletés, a contribué à donner plus d'autonomie (1), plus de confiance en elles-mêmes (2) en incitant les infirmières à réaliser et à prendre leur place réelle dans l'équipe.

Nous sommes étonnées de constater que le tiers des sujets à l'étude indique une difficulté à remplir le rôle de chef d'équipe qui demande un certain leadership. Les intervenantes mentionnent qu'elles prennent davantage leur place dans l'équipe, ce qui laisse supposer qu'il existait une faiblesse dans ce domaine. Prendre sa place comme chef, c'est se placer un peu au-dessus des équipiers afin de planifier, organiser, contrôler les soins infirmiers donnés par l'équipe. C'est se reconnaître apte à le faire de par sa formation et de par sa personnalité. Ces infirmières ont-elles été formées à être des subalternes du médecin ou de précieuses collaboratrices ayant une formation et un rôle différents mais complémentaires? Ou est-ce une conséquence idéologique de la profession bafouée par des conditions de travail rétrogrades dû au fait que c'est une profession en majorité féminine, qui se défend peu, qui a une scolarité majoritairement collégiale et non universitaire? Ou encore, est-ce que les infirmières dans une tâche d'aide et de suppléance se perçoivent inférieures aux autres membres de l'équipe multidisciplinaire? Ce sont là des questions qui pourraient être exploitées dans des études subséquentes.

L'auto-formation a aussi donné à ces intervenantes plus d'ouverture (4) aux besoins rencontrés en favorisant leur adaptation aux différents changements et besoins survenant sur leur unité de soins. Adam (1983) parle de <maîtrise du rôle> pour désigner la capacité de l'infirmière à remplir de façon intégrale et satisfaisante sa fonction. Les infirmières ayant travaillé sur l'habileté à rédiger le plan de soins affirment qu'elles ont amélioré leur performance mais ne possèdent pas encore la maîtrise de cet instrument. Par contre, deux (2) intervenantes voient leur rôle différemment depuis l'élaboration du projet. Il y a une meilleure perception du rôle particulier de chef d'équipe et de sa place dans l'équipe de soins et la conscience de réaliser une tâche plus complète.

Les éléments cités nous amènent à penser que l'habileté accrue par le perfectionnement individuel aide l'infirmière à remplir son rôle de façon globale, procure une plus grande aisance au travail, une plus grande facilité et ainsi une plus grande satisfaction.

***REALISATION DE SOI***

Bien que trois (3) projets seulement comportaient des objectifs d'accomplissement de soi, toutes les intervenantes ont affirmé que le projet d'auto-formation avait contribué à une meilleure perception et appréciation d'elles-mêmes. La connaissance de soi étant la base de tout travail sur soi-même et de toute croissance, quatre (4) infirmières affirment mieux se connaître avec l'aide du programme offert par la recherche. D'une meilleure connaissance d'elles-mêmes et des objectifs découlant des forces et faiblesses découvertes, leur est né le goût d'une nouvelle dimension dynamique et novatrice non seulement à leur travail mais aussi à leur vie. Comme tout ce qui reçoit notre attention grandit, lorsque leur attention a trouvé un objet significatif, un but valable, ce but a contribué à améliorer leur

conception du sens du travail. C'est pourquoi ces infirmières ont affirmé avoir des attitudes plus positives car, comme le suggère Chopra (1987), la connaissance de soi est la source intarissable des attitudes positives.

Cette meilleure connaissance de soi a conduit ces infirmières à se prendre en charge, de là la perception plus positive d'elles-mêmes qui conduit à un mieux-être. Lorsqu'elles ont décidé de ne plus se sentir mal à l'aise en substituant des objectifs de croissance aux sentiments et comportements négatifs, elles se sont posées un défi.

Le projet a amené cinq (5) infirmières à penser différemment, à utiliser leur cerveau de manière enrichissante de façon à bâtir positivement dans les situations à venir. Considérant que les pensées négatives sont suicidaires, les attitudes positives que nous avons attirent l'énergie positive. C'est comme si l'environnement se réglait sur notre longueur d'onde et nous renvoyait, en l'amplifiant, le message que nous transmettons. Ainsi, la pensée positive a transformé le vécu des intervenantes et celui des autres. Les situations difficiles ont été envisagées sous un angle différent. De là une plus grande adaptation aux changements notés précédemment dans le groupe du savoir-faire.

L'effet le plus magique de la pensée positive est que l'environnement se met à produire des choses que l'on souhaitait ardemment et même à faire surgir d'autres évènements qui donnent accès à des ressources nouvelles et insoupçonnées jusqu'alors. Ceci confirme la dimension créatrice mentionnée par cinq (5) intervenantes. En se voyant plus positivement, l'infirmière a ainsi l'esprit libéré de contraintes et cette liberté ouvre des horizons nouveaux à son imagination et la rend plus attentive aux besoins. Le projet les a amenées à faire soit un pas dans un projet personnel, soit à améliorer le service d'accueil ou simplement à faire du changement dans leur vie.

La pensée positive fonctionne en positivant la vie. Nous créons notre réalité. Le projet a ainsi donné l'occasion à ces infirmières de percevoir leur valeur personnelle et de l'apprécier. Se sentir meilleure intervenante est déjà une preuve d'accomplissement de soi. Pour Elise qui a maintenant plus de facilité à verbaliser et laisse moins accumuler les désaccords, il nous semble qu'elle doit aller au travail de façon plus dégagée,...plus motivée. Développer un sens de l'humour à partir d'objectifs de travail sur soi est aussi une belle réalisation de soi apportant sécurité, ouverture et contentement.

L'ouverture sur les autres fait éviter le nombrilisme qui n'apporte que refoulement, mal-être et insécurité. Le projet a permis à quatre (4) infirmières d'être plus attentives aux personnes qui les entourent, donc à répondre davantage à leurs besoins, à être meilleures intervenantes et ainsi à retirer plus de satisfaction. "Ca me donne du pep pour aller vers les autres". (Colette) "Le fait est que je me sens mieux". (Elise)

Ces considérations rejoignent l'énoncé de Pineau (1977) qui suggère que la personne qui se développe librement se révèle foncièrement positive, orientée vers autrui, profondément socialisée mais novatrice et capable d'accepter positivement beaucoup de contraintes. Les éléments mentionnés dans la catégorie de la réalisation de soi tendent à confirmer cet énoncé. Ces intervenantes, mues par l'expérience positive acquise au cours de l'étude dans un projet d'auto-formation pourront devenir, comme le mentionne Pineau (1977), de plus en plus imprévisibles et de plus en plus elles-mêmes.

### *SATISFACTION AU TRAVAIL*

"Le travail devrait s'accomplir dans un esprit de vénération" a dit Hill (sans référence). De nombreuses études menées dans divers centres médicaux s'accordent à dire que l'on vit plus longtemps lorsque

l'on aime son travail. Nous consacrons, pour la plupart, le tiers de notre vie à pratiquer la profession que nous avons choisie. Si notre travail ne nous satisfait pas, le reste de notre vie ne pourra qu'en être affecté, car le travail sert d'abord le soi. Comme nous avons vu que le projet avait initié un certain accomplissement de soi, regardons maintenant si les éléments nécessaires à la satisfaction au travail ont été présents.

Blondin (1985) a écrit que, pour être motivant, un travail devait comporter les trois (3) états psychologiques suivants: être significatif, c'est-à-dire être perçu comme valable, utile, important; se sentir personnellement responsable des résultats de son travail et en connaître les résultats. Les infirmières interviewées ont majoritairement répondu dans l'affirmative à ces énoncés. En effet, quatre (4) sur six (6) affirment trouver de la valorisation au travail, trois (3) ressentent leur travail important, quatre (4) soutiennent en connaître les résultats. Parmi ces dernières, il est mention du climat de l'équipe comme moyen de connaissance des résultats de son travail, de l'acceptation des suggestions faites comme autre alternative, de sa propre perception de soi-même et de son apport à l'équipe comme troisième moyen.

Une seule intervenante n'a pas l'impression de voir les résultats de son travail et c'est Brigitte qui se qualifie de démotivée. C'en est de même au niveau de sa valorisation au travail car elle affirme qu'il est plus valorisant parce qu'elle s'implique davantage dans le projet mais que le travail en lui-même ne lui apporte aucune valorisation.

Blondin ajoute que si les trois (3) états psychologiques sont présents, la personne est contente d'elle-même, elle aura des sentiments positifs dans le futur et c'est ce que nous appellons la motivation interne. À l'exception de Colette, nous percevons chez les autres sujets à l'étude un certain contentement de soi déjà aperçu dans

la catégorie précédente de la réalisation de soi. Cet item de la satisfaction au travail prend une réelle importance car le fait de se sentir utile contribue à la croissance de la vie. Lorsqu'une personne est satisfaite au travail, elle est prête à contribuer à la prospérité du travail collectif, ce qui influence le climat et la performance.

Quant à la perception de la profession, le projet à amené deux (2) infirmières à réaliser que cette profession ne répondait plus à leurs aspirations, qu'elles ne se sentaient plus bien à l'intérieur de ce travail à cause des lacunes perçues à la profession et à cause des difficultés vécues présentement. Traditionnellement, l'importance du travail venait de son utilité sociale. Aujourd'hui, l'accent s'est déplacé vers la croissance personnelle. Soit que ces infirmières aient déjà reçu leur satisfaction professionnelle et aient le goût d'un autre défi ou qu'elles se soient trompées de choix ou bien que les difficultés actuelles aient une grosse influence sur la perception de leur profession et les satisfactions qu'elles en retirent. Quoi qu'il en soit, le projet leur a permis, par une meilleure connaissance d'elles-mêmes, de cerner leurs limites en ce domaine.

Cependant, deux (2) infirmières soulignent que le projet leur a apporté du dynamisme et leur a donné une vue plus élargie de la profession.

Au niveau du feedback, il ne semble pas que celui-ci soit réellement important dans l'accroissement de la satisfaction au travail car il est à peu près absent à tous les niveaux.

Si nous regardons globalement les résultats de cette recherche, nous pouvons affirmer avec Landry (1983) que ces infirmières ont fait effort pour créer, ce qui a contribué à <se créer> car <faire et se faire, se faire en se faisant> contribue à la mise en oeuvre de son potentiel créateur et, finalement, à la réalisation de soi. Ces infirmières ont mis à profit leur potentiel humain. leurs connaissances

et leurs capacités à donner et à recevoir afin de se sentir mieux au travail et dans leur vie personnelle.

L'auto-formation a joué un rôle positif dans leur expérience parce que leurs projets individuels étaient liés à des situations perçues comme problèmes. Nous le savons, les besoins de l'adulte sont le moteur de son apprentissage. Cette étude tend à le confirmer.

Ce projet d'auto-développement a favorisé l'ouverture à elles-mêmes et à leur milieu immédiat. Il y a aussi eu croissance des habiletés professionnelles, ce qui a amené à une plus grande maîtrise de la fonction propre de chef d'équipe.

Au niveau de tout l'être, il est ressorti un plus grande confiance en soi manifestée par une sécurité, une autonomie et une volonté de jouer leur rôle et de prendre leur place.

Les changements d'attitudes favorisant une ouverture accrue aux besoins rencontrés ont aussi été soulignés. L'obtention des éléments contenus dans la satisfaction au travail tendent à prouver que le projet s'y est révélé efficace.

Les trois grandes catégories ressorties des questionnaires et entrevues sont-elles suffisantes pour affirmer que le projet a eu un impact réel sur la motivation des infirmières travaillant en soins prolongés? A ce niveau de la recherche, je serais portée à placer ces trois (3) catégories retrouvées en deux (2) groupes seulement:

-l'accomplissement professionnel qui joindrait l'accomplissement des tâches professionnelles et la satisfaction au travail,

-l'accomplissement personnel.

Il me semble que ces deux conditions réalisées nous permettent d'affirmer:

> 1: qu'être bien au travail, s'y sentir sécure, accomplir un rôle jugé important de façon intégrale, y recevoir de la valorisation et
> 2: être bien à l'intérieur de soi sont les deux volets essentiels à la motivation.

Ceci pourrait rejoindre l'affirmation de McClellan (1961) qui suggère que les motivations fondamentales sont:

> -l'accomplissement (idée intérieure d'excellence),
> -l'affiliation (établir des relations avec d'autres personnes),
> -le pouvoir (exercer une influence sur d'autres personnes).

Le projet en lui-même comportait l'élaboration d'objectifs personnels, liés au vécu. Est-ce le fait de se fixer des objectifs qui a produit des résultats? Si nous regardons la théorie de Locke, nous pourrions le croire. Sa théorie par objectifs met l'accent sur le caractère relationnel de l'être humain, la capacité de se choisir un but et l'influence que ce but exerce sur le comportement. Pour lui, une fois que l'objectif est bien ancré chez l'individu, le rendement supérieur qu'il requiert ou implique suit presque immédiatement. L'être humain ayant la capacité de se choisir un but, ce but exerce une influence prépondérante sur ses comportements et amène la motivation.

Les deux (2) éléments d'accomplissement professionnel et d'accomplissement personnel ont été identifiés comme réalisés dans la présente étude par cinq (5) des sujets. L'auto-formation, qui a permis cet accomplissement personnel et professionnel, serait donc une des voies accessibles et efficaces à la motivation des infirmières travaillant en soins prolongés. Artaud (1987) mentionnait bien que le plus grand service que nous pouvons rendre à quelqu'un est de le rendre capable de recréer son savoir à partir de son expérience pour le transformer le plus possible en conscience.

Ces affirmations précitées démontrent bien que le projet de perfectionnement individuel a contribué à fournir ce service car nous avons l'impression que les infirmières se sentent moins démunies dans la conduite à tenir face à la clientèle en soins prolongés. Elles sont plus sécures, plus habiles dans les plans de soins et se sentent mieux à l'intérieur d'elles-mêmes après avoir réalisé bien souvent plus que les objectifs qu'elles s'étaient fixés.

## CONCLUSION

L'observation des comportements démontrant un manque d'intérêt au travail des infirmières en soins prolongés nous font penser qu'il peut exister une relation entre leur manque de connaissances pour prodiguer de bons soins et être satisfaites dans leur travail. Ainsi nous avons voulu observer l'influence qu'un programme de perfectionnement individuel pourrait avoir sur leur motivation.

Après avoir décrit la problématique qui, entre autres, comportait l'aveu d'un manque de connaissances suffisantes pour faire face aux obligations du rôle de chef d'équipe, nous avons tenté de retracer les théories sur la motivation se rapportant à ce problème ainsi que des énoncés sur les effets de la formation.

La méthode utilisée a été celle de l'analyse qualitative qui nous a permis d'aller chercher le vécu des infirmières à l'intérieur de la réalisation du projet d'auto-perfectionnement et ce, par un questionnaire ouvert et des entrevues non directives mitigées. Nous avons essayé d'apporter une attention particulière aux dimensions discrétion et temps lors de la cueillette des données et d'être fidèle aux données recueillies lors de la présentation de ces données. L'interprétation a été faite d'après l'assemblage de ces données, les idées prioritaires énoncées et le lien avec les différentes théories et études sur les sujets de la motivation et de la formation.

Nous avons eu la volonté de mener cette étude avec la rigueur scientifique propre à l'analyse qualitative. L'influence du chercheure a été réduite à son plus bas niveau étant donné qu'elle ne se trouvait pas sur les lieux de travail durant toute la période de réalisation du projet. Les seules interventions ont été celles relatées précédemment.

Les résultats de cette recherche démontrent que les infirmières

qui se sont soumises volontairement à un programme d'identification individuelle d'un projet de formation ont, dans l'ensemble, perçu un accroissement de leur accomplissement professionnel et personnel. Ces deux niveaux d'accomplissement semblent être la résultante de l'élaboration et de la réalisation d'objectifs. Ceci semble rejoindre également la théorie de Blondin (1985) où la personne possédant les trois (3) états psychologiques est contente d'elle-même, ce contentement la remplit de sentiments positifs pour le futur et c'est ce que nous appelons motivation interne.

Crener & Monteil (1981), eux, affirment que la motivation naît du désir de satisfaire des besoins supérieurs. Or ces besoins élevés dans l'échelle de Maslow (1970) existaient déjà au moment de l'élaboration du projet, donc, d'après cet auteur, la motivation était donc déjà présente. Crener & Monteil (1981) affirment également que la motivation exerce son action sur les attitudes qui modifieront le comportement pour nous faire atteindre un but ou un objectif particulier. Encore là, nous réalisons que les infirmières qui ont participé à l'étude étaient assez motivées pour se fixer des objectifs et que cette motivation a modifié leurs comportements et les a amenées à atteindre les objectifs qu'elles s'étaient fixés. Ceci touche également de près la théorie par objectifs de Locke (1968) où celui-ci soutient que lorsqu'il y a objectif de rendement élevé, le rendement supérieur suit.

Quoi qu'il en soit, le projet réalisé à l'aide du document d'auto-formation de Cantin (1978) semble avoir répondu aux exigences du processus éducatif décrit par Lengrand (1969) puisque les objectifs formulés ont exercé une action sur la personnalité dans son développement et sa progression et ont répondu aux demandes les plus pressantes de leur milieu de travail.

Ce programme a-t-il vraiment augmenté le niveau de motivation? A cause de Brigitte qui affirme que le projet l'a fait avancer au niveau

de la connaissance d'elle-même et de son rôle, lui a permis de réaliser des choses au niveau de son travail mais ne lui a pas redonné la motivation et à cause aussi de Brigitte et d'Elise qui désirent changer de profession car celle-ci ne répond pas plus à leurs aspirations après le projet qu'avant, nous serions portée à croire qu'un tel programme ne redonne pas la motivation perdue mais procure un mieux-être et une satisfaction qui sont des facteurs pouvant amener un accroissement de motivation. Mc Gregor a affirmé que seuls les besoins qui restent insatisfaits sont motivants.

Un des avantages du projet de perfectionnement individuel était la latitude laissée aux sujets vis-à-vis les objectifs à se fixer. C'est pourquoi, malgré le nombre restreint de sujets, nous avons recueilli plusieurs objectifs touchant la croissance personnelle en même temps que des besoins d'ordre professionnel. Dans des recherches subséquentes, il serait intéressant de voir, séparément, la relation de la motivation avec la croissance personnelle et ensuite avec l'accomplissement professionnel.

Il serait également opportun de distinguer si la motivation est plus grande chez les infirmières de formation universitaire que chez celles de formation collégiale. Dans cette étude, Amélie seulement est bachelière en sciences infirmières.

Comme nous pouvons pressentir qu'il y a souvent une lacune sous un besoin, si nous partons des objectifs élaborés et des résultats obtenus, nous pouvons formuler quelques recommandations.

Au niveau de la formation infirmière, nous pensons qu'une intensification de la formation humaine de ces professionnelles pourrait les aider à acquérir de la sécurité et de l'autonomie face à leur rôle et leur capacité de prendre leur place dans l'équipe multidisciplinaire et aussi dans leur équipe tout simplement. S'assurer également que les modèles et théories en soins infirmiers soient

suffisamment assimilés pour devenir la base de l'action nursing.

Toujours au niveau de la formation première, il serait souhaitable d'assurer une maîtrise totale de la capacité d'élaborer un plan de soins complet selon une démarche scientifique comprise et appliquée.

En troisième lieu, il conviendrait de continuer à multiplier les efforts pour redorer le blazon de la profession car, comment une professionnelle peut-elle se sentir bien à l'intérieur d'une profession dénigrée par l'opinion publique et surtout les médias d'information?

La formation continue devrait aussi faire l'objet d'étude approfondie pour répondre aux besoins réels des travailleurs. Voici quelques suggestions pouvant servir de critères pour la formulation de projets efficaces de formation continue:

.des objectifs de formation bien définis;

.une utilisation des ressources internes pour la formation;

.une évaluation prudente des ressources extérieures;

.des éducateurs qui connaissent leur sujet;

.un juste équilibre entre théorie et pratique;

.la participation des chefs de service hiérarchiques en tant qu'instructeurs;

.la formation des chefs de service à être des instructeurs efficaces;

.l'orientation adéquate des nouveaux employés;

.un matériel bien planifié pour les leçons;

.des outils de formation comme l'enseignement programmé, la télévision en circuit fermé et les bandes filmées;

.encouragement des travailleurs à prendre l'initiative de leur amélioration personnelle;

.des cours périodiques de revision des notions théoriques ou pratiques faisant problème.

.etc.

En terminant, nous croyons que la relation établie entre perfectionnement individuel et motivation pourra constituer la première étape d'une analyse plus approfondie des besoins de formation ressentis par les infirmières. Nous réitérons la suggestion qu'un solide programme de formation continue soit mis de l'avant pour pallier aux difficultés rencontrées par les infirmières dans l'exercice de leur profession et ce, non seulement au niveau des soins prolongés mais partout où l'infirmière a à donner d'elle-même car, comme nous le disons fréquemment, pour pouvoir donner, il faut savoir se ressourcer.

## BIBLIOGRAPHIE


Adam, E. Etre infirmière. Editions HRW, Montréal, 1983.

Allen, M.M. "A study on organizational climate, job satisfaction and burn-out in mental health treatment personnel". University of Maryland, 1986. Page 3296 in volume 47-08-B of Dissertation Abstracts International.

Arriscastres, A. Abeillé, D. "Nanterre 1980 - Deux théories". Soins. T. 25, no 22, 1980.

Artaud, G. "La re-création du savoir pédagogique". Revue pédagogique de l'enseignement supérieur. Vol. 7, no 1, 1987.

Aratud, G. "Savoir d'expérience et savoir théorique". Revue des sciences de l'éducation, Vol. VII, no 1, hiver 1981.

Baird, J.E. "Changes in Nurse Attitudes". JONA. Vol. 17, no 9, sept. 1987.

Bardin, L. Analyse de contenu. Presses de l'Université de France, Paris, 1977.

Bergeron, J.L. Leger, N.C. Jacques, J. Bélanger,L. Les aspects humains de l'organisation. Editions Gaétan Morin, Chicoutimi, 1983.

Blais, M. L'éducation continue obligatoire pour les professionnels.Librairie de l'Université de Montréal, Montréal, 1982-1983.

Blondin, A. La satisfaction et la motivation au travail. ENAP, Québec, 1985.

Boudreau, L. Fallu, L. Querry, A. Etude auprès de la clientèle gériatrique en soins de longue durée à l'unité Benoit Martin. Eté 1988. (non publiée)

Cantin, G. Identification d'un projet individuel de perfectionnement. Cahier méthodologique. Université de Montréal, Montréal, Faculté des sciences de l'éducation, 1978.

Cartwright, D.P. "L'analyse du matériel qualitatif". IN L. Festinger, D. Katz.: Les méthodes de recherche en sciences sociales. tome 2, Paris: Les presses universitaires de France, 1974.

Chopra, Deepak. Vivre la santé. Editions Stanké, Ottawa, 1987.

Crener, M. Monteil, B. Principes de management. Les Presses de l'Université du Québec, Montréal, 1981.

Demory, B. La créativité en pratique et en action. Editions Agence d'Arc Inc., Montréal, 1987.

Deslauriers, J.P. La recherche qualitative: résurgence et convergences. Université du Québec à Chicoutimi, Montréal, 1985.

Deslauriers, J.P. Les méthodes de la recherche qualitative. Université du Québec à Chicoutimi, Montréal, 1987.

Desmarais, D. Grell, P. Les récits de vie. Théorie, méthode et trajectoire types. Editions coopératives Albert St-Martin, Montréal, 1986.

Dominice, P. La formation enjeu de l'évaluation. Editions Peter Lang, (lieu non connu) 1979.

Fontaine, F. Kiely, M. "Le burn-out, l'âme en deuil de son idéal". Nursing Québec. Vol 8, no 6, novembre-décembre 1988.

Fortin, M.F. Taggart, M.E. Kérouac, S. Normand, S. Introduction à la recherche. Décarie, Montréal, 1988.

Gauthier, B. Recherche sociale. Presses de l'Université du Québec, Montréal, 1984.

Glazer, B. Strauss, A. The discovery of grounded theory. Aldine, Chicago. 1967.

Goble, F. L'excellence dans le leadership. Un monde différent Ltée. Brossard, Québec, 1981.

Hackman, J.R. Oldham,G.R. The Job Diagnotic Survey. Technical Report no 4, Dept. of Administrative Sciences, Yale University, 1974.

Knowles, M.S. The modern practice of adult education: from pedagogy to andragogy. 2nd edition :revised and updated. Follet Publishing Co, Chicago, 1980.

Landry, Y. Créer - se créer. Editions Québec-Amérique, Montréal, 1983.

Langlois, S. Techniques d'échantillonnage. Université Laval, Québec, (Sans date).

Laperrière, A. "Pour une construction empirique de la théorie: la

nouvelle école de Chicago". Sociologies et Sociétés. Vol XIV, no 1, p. 31-40.

L'Ecuyer, R. "L'analyse de contenu: notions et étapes". IN Deslauriers, J.P. Les méthodes de la recherche qualitative. Université du Québec à Chicoutimi, Montréal, 1987.

Legendre, R. L'éducation totale. Editions Ville-Marie - Fernand Nathan, Paris, 1983.

Lengrand, P. ICEA, Montréal, mars 1969, IN André Thibault. Les principes andragogiques de l'activité éducative. Librairie de l'Université de Montréal, Montréal, 1985.

Levesque, J.Y. Revue de la documentation sur les récits de vie. Université Laval, Québec, 1989.

Marchand, L. Introduction à l'éducation des adultes. Editions Préfontaine Inc., St-Jean-sur-Richelieu, Québec, 1982.

Marshall, C. Rossman, G.B. Designing qualitative research. Sage Publications, Inc., California, 1989.

Maslow, A.H. Motivation and Personality. Editions Harper, New York, 1970.

Montague, M.C. "The Relationship between Job Satisfaction and Communication Decision-making, and Work Attitudes". New-York University, 1983. Page 2111 in volume 44-07-B of Dissertation Abstracts International.

Morin, T. L'apprentissage des adultes, c'est? Recueil de textes inédits, Université du Québec à Rimouski, département des sciences de l'éducation, 1983.

Nadeau, B. Rapport d'une étude au P.B.M. 1984. (étude non publiée)

Pineau, G. Education ou aliénation permanente? repères mythiques et politiques. Dunod, Paris, Colloque Organisation et sciences humaines, 1977.

Rodrigue, N. "Nursing psychiatrique, 900 infirmières se réunissent". Nursing Québec. Vol 8, no 5, septembre-octobre 1988. p. 58.

Rogers, C. Le développement de la personne. Dunod, Paris, 1972.

Skinner, B.F. Science and Human Behavior. Editions Free Press, New York, 1967.

Toulouse, J.M. Poupart, R. "La jungle des théories de la motivation au travail". Revue Gestion. Novembre 1976.

Warren Haynes, W. Massie, J. Wallace, M. Management, analysis, concepts, and cases. Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, N.J., 1975.

Weil, G. "Education permanente et éducation scolaire". La pédagogie au XXème siècle. Prévot, (lieu non connu) 1975.

# IDENTIFICATION D'UN PROJET
# INDIVIDUEL
# DE PERFECTIONNEMENT

Cahier méthodologique de Gabrielle Cantin
adapté par Huguette Auclair
Octobre 1989.

Apendice 1

## IDENTIFICATION D'UN PROJET INDIVIDUEL DE PERFECTIONNEMENT

### *OPERATION 1.*

### *IDENTIFICATION DES TACHES*

QUOI FAIRE?

Dans le tableau 1, classer par ordre d'importance les tâches que je dois accomplir en tant qu'infirmière auprès des personnes âgées.

COMMENT FAIRE?

1. Faire d'abord le tour de mes tâches d'infirmière auprès des personnes âgées. Certaines tâches sont accomplies chaque semaine, d'autres une ou deux fois par mois, par année ou occasionnellement.
Voici une liste de mes tâches. Je la complète s'il y a lieu.

2. Placer mes tâches par ordre d'importance du temps (%) que je leur consacre et les inscrire dans cet ordre au tableau 1.

3. Indiquer en regard de chaque tâche identifiée mon degré d'habileté actuelle à exécuter cette tâche. Porter ces données à la dernière colonne du tableau 1: habileté à exécuter cette tâche. Utiliser l'échelle suivante:

0 -Je ne peux exécuter cette tâche

1 -J'ai constamment besoin d'aide pour exécuter cette tâche d'une manière satisfaisante

2 -J'ai occasionnellement besoin d'aide

3 -Je peux exécuter cette tâche sans aide, de façon satisfaisante

4 -Je peux exécuter cette tâche sans aide, avec rapidité et efficacité

5 -Je peux exécuter cette tâche avec rapidité et efficacité, mais en plus avec originalité, initiative et facilité d'adaptation

devant des situations imprévues.

*TACHES DES INFIRMIERES AUPRES DES PERSONNES AGEES ET HABILETES REQUISES*

TABLEAU 1: IDENTIFICATION DE MES TACHES D'INFIRMIERE AUPRES DES PERSONNES AGEES

Pourcentage de mon temps de professionnel consacré à ce travail: 100%

Utiliser l'appendice 2: suggestions de tâches des infirmières auprès des personnes âgées et d'habiletées requises.

| Tâches | temps |
|---|---|
| habileté à | |
| exécuter la tâche | |

*OPERATION 2.*

*IDENTIFICATION DES HABILETES REQUISES.*

QUOI FAIRE?

Dans le tableau 2, écrire en regard de chaque tâche identifiée au tableau 1, les habiletés requises pour accomplir cette tâche avec satisfaction.

Avec SATISFACTION veut dire:

-à la satisfaction de la clientèle
-à la satisfaction de l'employeur
-à la satisfaction de mes collègues de travail
-à ma propre satisfaction surtout.

COMMENT FAIRE?

1. A chaque tâche identifiée au tableau 1, je me demande:

-quelles sont les connaissances nécessaires ou importantes pour exécuter cette tâche? (SAVOIR),

-quelles capacités (ou compétences) de faire, d'utiliser, d'exécuter,... doit avoir une infirmière pour réaliser cette tâche? (SAVOIR-FAIRE)

-quelles attitudes (ou comportements) doit avoir une infirmière dans l'exécution de cette tâche? (SAVOIR-ETRE).

UTILISER L'EXPRESSION: AFIN D'EXECUTER CETTE TACHE AVEC SATISFACTION, JE PENSE QU'IL FAUT AVOIR

-la connaissance nécessaire....
-la compétence nécessaire....
-l'attitude nécessaire....

TABLEAU 2: IDENTIFICATION DES HABILETES REQUISES POUR CHAQUE TACHE

| Tâches | habiletés requises types | | |
|---|---|---|---|
| | s. | s.-f. | s.-e. |
| AFIN D'EXECUTER CETTE TACHE AVEC SATISFACTION, JE PENSE QU'IL FAUT AVOIR:..... | | | |

## *OPERATION 3.*

## *IDENTIFICATION DU DEGRE DE MES HABILETES ACTUELLES*

QUOI FAIRE?

Dans le tableau 3, mesurer mes habiletés actuelles par rapport aux habiletés requises.

COMMENT FAIRE?

1. Regarder chaque habileté requise cochée au type SAVOIR (s) et me situer actuellement par rapport à cette habileté requise. En d'autres mots, c'est me demander devant chaque habileté requise: Où en sont mes connaissances par rapport à cette habileté?

ECHELLE de connaissances (SAVOIR) (d'après Benjamin S. Bloom, Taxonomie des objectifs pédagogiques 1).

0 -je n'en ai aucune idée

1 -j'en ai entendu parler

2 -je peux transposer dans un autre lagage avec fidélité et précision, ou expliquer, résumer ou déterminer la portée, les conséquences, les influences,...

3 -je peux utiliser des concepts, des représentations abstraites pour dégager des principes, des règles, des idées directrices,...

4 -je peux identifier des éléments non nommés, distinguer les faits des hypothèses, ou voir les rapports entre des éléments, ou reconnaître la disposition générale, la méthode, la structure des éléments,...

5 -je peux produire une oeuvre personnelle, ou transmettre mes idées, mes sentiments, mes expériences, ou préparer un projet, ou

proposer une méthode,...ou regrouper des données dans un cadre théorique.

6 -je peux évaluer l'exactitude d'un fait d'après des critères internes comme la rigueur, la cohérence,...ou évaluer en comparant avec d'autres faits.

2. Regarder chaque habileté requise cochée au type SAVOIR-FAIRE (s.-f.) et me situer actuellement par rapport à cette habileté requise. En d'autres mots, c'est me demander devant chaque habileté requise: Quel est mon degré de SAVOIR-FAIRE par rapport à cette habileté?

ECHELLE DE CAPACITES ( SAVOIR-FAIRE)

0 -je n'ai jamais fait ni vu faire
1 -j'ai vu faire
2 -j'ai tenté une expérience...(sans succès)
3 -j'ai tenté et réussi une expérience
4 -j'ai tenté et réussi quelquea expériences
5 -je suis habile...(je réussis habutuellement)
6 -je suis passé maître et je peux agir sans réserve comme personne-ressource.

3. Regarder chaque habileté cochée au type SAVOIR-ETRE (s.-e.) et me situer actuellement par rapport à cette habileté requise. Me demander: Quel est mon degré d'appropriation de la valeur représentée dans cette habileté?

ECHELLE D'APPROPRIATION (SAVOIR-ETRE)

0 -je ne suis pas sensible à ce phénomène
1 -je prends conscience de l'existence de ce phénomène
2 -je reconnais ce phénomène losqu'il se présente
3 -j'identifie mes comportements face à ce phénomène

4 -j'identifie les avantages et les inconvénients de mes comportements face à ce phénomène

5 -j'identifie les comportements à développer face à ce phénomène

6 -j'oriente mes comportements face à ce phénomène.

TABLEAU 3 : MESURE DE MES HABILETES ACTUELLES PAR RAPPORT AUX HABILETES REQUISES.

| Tâches habiletés actuelles | habiletés requises | types s. | s.f. | s.e. |
|---|---|---|---|---|
| s. s.-f. | s.-e. | | | |

*OPERATION 4*

*IDENTIFICATION DES BESOINS DE PERFECTIONNEMENT*

QUOI FAIRE?

Dans le tableau 4, déterminer mes besoins de perfectionnement par rapport aux habiletés requises, en tenant compte de mes habiletés actuelles.

COMMENT FAIRE?

1. Dans la première colonne du tableau 4, cochez vis-à-vis tous les chiffres bas (0-1-2) des habiletés actuelles. Cela me donne une première idée de mes BESOINS POSSIBLES de perfectionnement par rapport à mon travail professionnel.

Dans un deuxième temps, voir si parmi les chiffres plus élevés (3-4-5), il y a des habiletés que j'aimerais encore développer à un degré plus élevé. S'il y en a, les cocher aussi.

2. Dans la deuxième colonne du tableau 4, retenir parmi tous les besoins possibles identifiés dans la première colonne, ceux que j'aurais INTERET à combler par du perfectionnement pour mon travail et ceux que j'aurais le GOUT de combler pour ma satisfaction personnelle.

3. Dans la troisième colonne du tableau 4, formuler en termes personnels, vis-à-vis chaque coche de la deuxième colonne, le besoin de perfectionnement correspondant.

Pour formuler un besoin de perfectionnement, il est bon d'utiliser des expressions commençant par J'AI BESOIN D'...OU DE...suivies d'un verbe.

Pour exprimer un besoin de type SAVOIR: J'ai besoin d'... de... (apprendre, savoir, connaître, acquérir la connaissance, approfondir, reviser...)

Pour exprimer un besoin de type SAVOIR-FAIRE: utiliser des verbes généraux énoncés ci-haut, suivis d'un autre verbe indiquant une ACTION ou faisant appel à une REALISATION, UNE PERFORMANCE. J'ai besoin d'... ou de... Apprendre à faire;

Savoir utiliser, réaliser, exécuter, me servir de, me rendre capable de, m'habiliter à...

Pour exprimer un besoin de type SAVOIR-ETRE, utiliser des verbes généraux déjà énoncés, suivis d'un autre verbe exprimant une attitude, une opinion, un sentiment, une croyance, une valeur,...ou encore ces derniers verbes seuls. J'ai besoin d'...ou de...

Apprendre à écouter

Savoir.....accepter, répondre, être conscient de, penser positivement, aimer, respecter, être empathique, être congruent, être sensible à...

4. A côté de chaque besoin de perfectionnement, indiquer en cochant le type de besoin: SAVOIR, SAVOIR-FAIRE, SAVOIR-ETRE.

TABLEAU 4: MES BESOINS DE PERFECTIONNEMENT.

| Besoins types possibles | | | besoins réels | besoins de perfectionnement | |
|---|---|---|---|---|---|
| s. | s.-f. | s.-e. | | | |

*OPERATION 5*

*IDENTIFICATION DE MES BESOINS PRIORITAIRES*

QUOI FAIRE?

Suivant l'importance que je leur accorde, placer en ordre tous mes besoins de perfectionnement déjà identifiés et établir une liste de besoins prioritaires.

COMMENT FAIRE?

1. Recopier dans la première partie du tableau 5, la liste complète de mes besoins réels de perfectionnement, des plus importants aux moins importants et indiquer en même temps le type de besoin. Etablir l'ordre d'importance de mes besoins de perfectionnement selon ma spontanéité, mon intuition ou ma perception première de l'importance de chaque besoin

dans la liste.

2. Choisir dans la liste complète et ordonnée de mes besoins (1ère partie du tableau 5), les besoins les plus pressants auxquels je pourrais tenter de répondre, disons sur une période de 5 mois. Ecrire cette dernière et nouvelle liste de besoins prioritaires dans la 2ème partie du tableau 5.

TABLEAU 5: ORDRE DES BESOINS ET BESOINS PRIORITAIRES.

| Liste ordonnée des besoins | types s. | s.-f. | s.-e. | Liste ordonnée des types prioritaires s. | s.-f. | s.-e |
|---|---|---|---|---|---|---|

*OPERATION 6*

*IDENTIFICATION DES OBJECTIFS*

QUOI FAIRE?

Dans le tableau 6, formuler les objectifs par rapport aux besoins de perfectionnement identifiés plus haut.

COMMENT FAIRE?

1. Regarder chaque besoin prioritaire identifié au tableau 5 et pour chacun de ces besoins prioritaires, formuler un ou des objectifs d'apprentissage.

Les objectifs d'apprentissage se formulent en termes de comportements observables. Par exemple, au niveau du SAVOIR, la personne qui connaît et comprend une technique est capable

-de nommer la technique

-de décrire la technique

-d'expliquer la technique

-de transposer en d'autres mots ses explications

-de résumer ses connaissances ou ses explications

-d'indiquer la portée, les avantages et les inconvénients de la technique

-de déterminer le moment et les conditions dans lesquels cette technique peut être utilisée

...

POUR FORMULER DES OBJECTIFS, N'UTILISER QUE DES VERBES FERMES, c'est-à-dire des verbes qui n'ont qu'un sens, par exemple: identifier, nommer, énumérer, regarder, courir, boire, compter, écrire, répéter, décrire, citer, ordonner, réviser, doubler,... Certains verbes deviennent fermés si on leur ajoute un complément: exemple: faire un plan, changer de projet, changer de comportement, recueillir des données sur..., dire (telle chose...),...

2. A côté de chaque objectif d'apprentissage formulé en termes de comportement FINAL (à la fin d'une activité de perfectionnement, je serai capable de...) et OBSERVABLE (verbes d'action fermés), inscrire le type SAVOIR, SAVOIR-FAIRE, SAVOIR-ETRE de l'objectif.

TABLEAU 6: MES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

| Besoins types prioritaires | types | | | objectifs d'apprentissage |
|---|---|---|---|---|
| | s. | s.-f. | s.-e. | |
| A la fin d'une activité d'apprentissage, je serai capable de.... | | | | |

## *OPERATION 7*

## *IDENTIFICATION DES ACTIVITES EDUCATIVES POUVANT PERMETTRE L'ATTEINTE DES OBJECTIFS.*

QUOI FAIRE?

Dans le tableau 7, déterminer les activités éducatives par lesquelles je pourrais atteindre mes objectifs de perfectionnement.

COMMENT FAIRE?

1. Pour chaque besoin prioritaire, un groupe d'objectifs a été énoncé en termes de comportements finals. A chaque groupe d'objectifs, me demander quelle(s) activité(s) éducative(s) pourrai(en)t m'aider à atteindre le plus efficacement ce groupe d'objectifs. Cette action peut être planifiée ou réalisée individuellement, en équipe ou en groupe.

Exemples d'actions: travail personnel, lecture, expérimentation, séminaire, atelier, conférence, observation, réunion d'équipes, discussion avec personne ressource, vidéo,....

2. A côté de chaque activité identifiée, indiquer le temps que je suis prêt(e) à consacrer à cette activité, afin d'acquérir le perfectionnement que je veux me donner. (Cette détermination du temps tient compte de deux facteurs importants: 1. la réalité du temps de perfectionnement dont je dispose et 2. l'importance des objectifs que je veux atteindre.

TABLEAU 7: LES ACTIVITES DE PERFECTIONNEMENT

| Objectifs | types | | | activités | durée |
|---|---|---|---|---|---|
| | s. | s.-f. | s.-e. | | |

## *OPERATION 8*

## *IDENTIFICATION DES RESSOURCES*

## *-PERSONNES, MOYENS ET MODALITES*

QUOI FAIRE?

Dans le tableau 8, identifier dans un premier temps les personnes-ressources qui pourraient m'aider à réaliser mon perfectionnement, puis les moyens par lesquels j'aimerais réaliser mon perfectionnement et enfin les modalités auxquelles je pourrais m'accomoder le plus facilement.

COMMENT FAIRE?

1. Pour chaque activité éducative identifiée au tableau 7, nommer dans le tableau 8 les personnes-ressources avec qui j'aimerais travailler et qui pourraient m'aider à atteindre mes objectifs. (Les professeurs sont des personnes-ressources,mais dans le milieu professionnel, les médecins, infirmiers, administrateurs, spécialistes, collègues peuvent aussi devenir des personnes-ressources pour moi).

2. Vis-à-vis chaque personne-ressource, indiquer dans le tableau 8, les moyens d'apprentissage que j'aimerais utiliser pour mon perfectionnement. (exposé, instrument, démonstration. discussion....)

3. Vis-à-vis chaque activité éducative, identifier dans le tableau 8 les modalités possibles de participation selon lesquelles j'aimerais me donner du perfectionnement. Les modalités identifiées ici sont de deux types: modalité de cadre et modalités de forme.

Modalités de cadre:

3.1 groupe (tous les participants)

3.2 équipe (3 à 5 personnes)

3.3 diade ( 2 personnes, ex. collègue -collègue)

3.4 tutorat (individuellement avec une personne-ressource)

3.5 autre...

Modalités de forme:

3.6 session intensive

3.7 deux ou trois périodes

3.8 un jour par mois pendant 4 mois

3.9 autre forme...

TABLEAU 8: LES RESSOURCES

| Activités d'apprentissage | temps cadre | personnes forme | moyens modalités |
|---|---|---|---|

*OPERATION 9*

*REVISION DU PROJET ET CALENDRIER*

QUOI FAIRE?

Examiner mon projet individuel de perfectionnement depuis LES OBJECTIFS PRIORITAIRES, 2ème partie de l'opération 5, jusqu'aux RESSOURCES, opération 8 et établir un calendrier des prévisions de mes activités.

COMMENT FAIRE?

1.Réviser mon projet de perfectionnement, c'est:

1.1 Voir si les objectifs sont PRECIS, par rapport aux besoins de perfectionnement (opérations 5 et 6).

1.2 Vérifier si les activités choisies sont susceptibles d'aider à atteindre les objectifs (opération 7).

1.3 Vérifier si les ressources (personnes et moyens) sont

accessibles, et vérifier aussi si je suis prêt(e) à participer dans les modalités de forme et de cadre choisies.

1.4 Voir si mon projet est réalisable (longueur, durée, temps dont je dispose,...)

2. Après la révision du projet individuel, après avoir opéré les changements s'il y a lieu, prévoir un calendrier des activités sur une période ne dépassant pas 5 mois.

*En résumé, mon projet individuel comprend:*

1. mes besoins prioritaires,
2. mes objectifs de perfectionnement en termes de comportements finals,
3. les activités éducatives susceptibles de répondre à mes besoins et objectifs, de même que le nombre d'heures dont je dispose pour mon perfectionnement,
4. les ressources que je pense utiliser en termes de personnes,de moyens et de modalités,
5. le calendrier de mes prévisions d'activités pour une période de 5 mois.

TABLEAU 9: RESUME DE MON PROJET

besoins prioritaires
objectifs de perfectionnement
activités éducatives
ressources prévues
calendrier des activités

personnes
moyens
modalités

cadre
forme

---

*EXEMPLE*

L'exemple porte sur une seule tâche qui est développée jusqu'au projet de perfectionnement.

Opération 1: TACHES.

1. connaissances des techniques d'entrevue (s.)
2. connaissance des composantes (s.)
3. capacité de recueillir l'information nécessaire (s.-f.)
4. capacité de respecter les limites de temps (s.-f.)
5. capacité d'accepter positivement autrui (s.-e.)

Opération 3: HABILETES ACTUELLES (échelles)

Pour habiletés requises 1 (s.) : 4
Pour habiletés requises 2 (s.) : 1
Pour habiletés requises 3 (s.-f.): 2
Pour habiletés requises 4 (s.-f.): 3
Pour habiletés requises 5 (s.-e.): 0

Opération 4: BESOINS DE PERFECTIONNEMENT

-Besoins possibles cochés pour habiletés requises 2, 3, 4 et 5.
-Besoins réels cochés parmi les besoins possibles 2, 3, 4 et 5.
-Besoins de perfectionnement correspondant aux besoins réels: j'ai besoin...

2. d'apprendre à identifier les moments de l'entrevue (s.)
3. d'apprendre à recueillir l'information nécessaire (s.-f.)
4. d'apprendre à respecter les limites de temps (s.-f.)5. d'apprendre à accepter positivement autrui (s.-e.)

Opération 5: ORDRE DES BESOINS ET BESOINS PRIORITAIRES

-liste ordonnée de tous les besoins:

4. s.-f.

5. s.-e.

3. s.-f.

2. s.

-liste ordonnée des besoins prioritaires:

4. s.-f.

3. s.-f.

5. s.-e.

Opération 6: OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

-Pour le besoin prioritaire 4, A LA FIN D'UNE ACTIVITE DE PERFECTIONNEMENT, JE SERAI CAPABLE

-de commencer une entrevue à l'heure prévue (s.-f., s.-e.)

-de dire à une personne, au début de l'entrevue, de combien de temps nous disposons (s.-f.)

-de vérifier au fur et à mesure d'après son plan, la progression de l'entrevue vers son objectif (s.-f.)

-de dire à une personne, 5 ou 10 minutes avant la fin de l'entrevue, combien il reste de temps (s.-f.)

-de clore l'entrevue à l'heure dite (s.-f., s.-e.)

Pour le besoin prioritaire 3,....je serai capable

-de poser les questions qu'il faut (s.-f.)

-d'obtenir les réponses aux questions (s.-f.)

-de consigner l'information au fur et à mesure (s.-f.)

-de résumer l'information recueillie (s.)

Pour le besoin prioritaire 5,....je serai capable

-de faire des signes de compréhension (s.-f., s.-e.)

-de parler sur un ton aimable (s.-f., s.-e.)

-de dire des mots encourageants (s.-f., s.-e.)

-de sourire avec sympathie (s.-f., s.-e.)

Opération 7: ACTIVITES EDUCATIVES

-Pour le groupe d'objectifs du besoin prioritaire 4:

observation et analyse.

temps à consacrer: 5 heures

-Pour le groupe d'objectifs du besoin prioritaire 3:

analyse systématique de mes fiches ou dossiers après entrevues.

temps à consacrer: 3 heures

-Pour le groupe d'objectifs du besoin prioritaire 5:

enregistrement magnétoscopique et analyse.
temps à consacrer: 6 heures.

Opération 8: RESSOURCES

-Pour le groupe d'objectifs 4:

-personne: ma collègue Blanche

-moyens: grilles d'observation selon les objectifs, analyse comparative des inscriptions dans les grilles.

-modalité de cadre: diade.

-modalité de forme: 3 entrevues et 3 analyses.

Pour le groupe d'objectifs 3:

-personne: moi-même.

-moyens: inscription sur fiches et dossiers, analyse de ces inscriptions sur fiches d'analyse, relevé des types de détails corrects, incorrects ou incomplets.

-modalité de cadre: individuellement.

-modalité de forme: étude d'une fiche ou dossier par semaine pendant 3 semaines.

Pour le groupe d'objectifs 5:

-personne: Jean, psychologue.

-moyens: étude des fiches d'analyse que j'aurai moi-même remplies après visionnement des bandes magnétoscopiques.

-modalité de cadre et de forme: tutorat, 1 heure par semaine.

Opération 9: CALENDRIER

Pour le groupe d'objectifs 4:

-du début de novembre à décembre 1989

Pour le groupe d'objectifs 3:

-de décembre à janvier 1990.

Pour le groupe d'objectifs 5:

-du début de février à la mi-mars 1990.

Appendice 2

## Suggestions de tâches des infirmières auprès des personnes âgées et d'habiletés requises.

### PLANIFICATION DES SOINS

***TACHES & HABILETES REQUISES***

*1. CUEILLETTE DE DONNEES ET PLAN SOINS*

a-connaissace des sources d'information

b-capacité de recueillir les données pertinentes à partir du modèle de Virginia Henderson et selon la condition du bénéficiaire.

c-capacité de faire de l'observation

d-connaissance des étapes d'organisation des données recueillies.

e-capacité d'analyser et d'interpréter les données en se basant sur des connaissances scientifiques, une conception des soins infirmiers, les composantes de la situation et la perception qu'a le bénéficiaire de sa situation.

f-connaissance des étapes nécessaires à la planification des soins infirmiers

g-capacité de formuler le plan de soins avec la participation du bénéficiaire s'il y a lieu et de la famille ou de la personne significative et avec l'équipe soignante pour les clientèles en soins prolongés:

- -personnes qui crient
- -confuses
- -agressives
- -...

h-attitude empathique.

i-...

*2. RAPPORT*

a-capacité de prendre le rapport.
b-capacité d'en déterminer l'essentiel à communiquer.
c-...

*3. REPARTITION DU TRAVAIL ET DES PAUSES DANS L'EQUIPE*

a -connaissance de la charge de travail de l'équipe.
b-capacité de situer les rôles des membres de son équipe.
c-capacité de voir l'ensemble du travail et d'en déterminer les priorités.
d-attitude juste et équitable dans la distribution des tâches.
e-...

*4. MISE A JOUR DU SYSTEME DE CLASSIFICATION DES BENEFICIAIRES (PRN) ET PREVISION DU PERSONNEL*

a-connaissance du fonctionnement du système de pointage (PRN) et de la façon de l'appliquer.
b-connaissance des principes à la base de l'attribution des ressources humaines.
c-capacité de prévoir pour les prochains quarts de travail.
d-capacité de discerner l'attribution de ressources dans l'équipe.
e-...

*5. MISE A JOUR DU CHARIOT D'URGENCE ET DU MATERIEL STERILE*

a-connaissance des principes sous-jacents au contrôle du chariot d'urgence et du matériel stérile.
b-connaissance des quotas attribués à chacun.

c-connaissance de code de couleur pour le matériel stérile.
d-...

*6. ORIENTATION DES NOUVEAUX EMPLOYES*

a- capacité de participer à l'orientation des nouveaux employés.
b- attitude d'appréciation des richesses et valeurs de chacun
c-...

## DISPENSATION DES SOINS

***TACHES ET HABILETES REQUISES***

*7. SOINS AUX BENEFICIAIRES A L'INTERIEUR DE L'EQUIPE.*

a-connaissance des principes à la base des divers types d'interventions de soins infirmiers (Normes de l'OIIQ).
b-capacité d'appliquer ces principes dans la réalisation du plan de soins élaboré.
c-capacité de prodiguer au bénéficiaire des soins planifiés.
d-capacité de maintenir des relations interpersonnelles.
e-capacité de donner de l'enseignement
f-capacité de favoriser les apprentissages et la rééducation.
g-capacité d'appliquer les mesures de confort.
h-capacité d'appliquer des mesures préventives et thérapeutiques.
i-capacité de contribuer aux méthodes diagnostiques.
j-capacité de susciter la participation du bénéficiaire, de

la famille ou de la personne significative aux soins.
k-capacité de rédiger le dossier.
l-attitude d'ouverture pour pouvoir apprécier le feedback venant des bénéficiaires.
m-...

## EVALUATION DU PLAN DE SOINS

***TACHES & HABILETES REQUISES***

*8. MISE A JOUR DU PLAN DE SOINS*

a-connaissance des étapes de l'évaluation.
b-capacité de procéder à l'évaluation avec le bénéficiaire ou les membres de la famille/les personnes significatives.
c-capacité de reprendre les étapes de la démarche et d'apporter les modifications nécessaires.
d-...

*9. PARTICIPATION A L'EQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE ET SUIVI*

a-connaissance de son rôle au sein de l'équipe multidisciplinaire.
b-capacité d'assumer ce rôle: présenter le bénéficiaire, participer aux intéractions, assurer le suivi, informer le client.
c-capacité de déterminer quel bénéficiaire sera présenté à la réunion et qui participera à cette réunion.
d-...

*10. ANIMATION DE LA REUNION D'EQUIPE*

a-connaissance de son rôle dans l'équipe de soins.

b-capacité d'assumer ce rôle.

c-connaissance de ses habiletés personnelles.

d-capacité de communiquer.

e-capacité de définir les objectifs, la tâche, les modes d'évaluation.

f-capacité d'aider à prendre les décisions.

g-capacité d'intervenir durant la réunion d'équipe.

h-capacité d'animer et de terminer la réunion d'équipe.

i-attitude d'ouverture pour apprécier l'apport de chaque membre à l'équipe.

j-...

*11. ORDONNANCES MEDICALES ET RAPPORTS*

a- connaissance de la pharmacologie et de la normalité des examens

b- capacité de discerner le niveau de responsabilité inhérent à l'exécution de l'ordonnance médicale.

c-capacité d'en assurer l'exécution.

d-...

**COORDINATION DES SOINS À L'INTERIEUR D'UN QUART DE TRAVAIL**

***TACHES & HABILETES REQUISES***

*12. PROTOCOLE ELIMINATION INTESTINALE.*

a-connaissance des moyens pour assurer une continuité de soins.

b-capacité d'utiliser les moyens pour assurer les soins.

c-...

*13. SATISFACTION DES BENEFICIAIRES*

a-connaissance des moyens pour s'assurer de la satisfaction des bénéficiaires.
b-capacité de s'assurer de la satisfaction des bénéficiaires.
c-...

## PLANIFICATION DU CONGE

***TACHES & HABILETES REQUISES***

*14. ENSEIGNEMENT*

a-connaissance des méthodes d'enseignement au bénéficiaire.
b-capacité d'enseigner au bénéficiaire les moyens de prévenir
la maladie, la contracture et les moyens de conserver ou de restaurer la vigueur actuelle.
c-capacité de répondre aux questions des bénéficiaires ou de les référer à une ressource si nécessaire.
d-capacité d'informer continuellement la famille ou la personne significative.
e-...

*15. CONGE TEMPORAIRE*

a-connaissance de l'ordre permanent concernant les congés temporaires.
b-connaissance de la formule d'autorisation médicale et de la formule NG 738 (congé temporaire autorisé).
c-capacité de remplir cette formule.
d-...

## CONTROLE

***TACHES & HABILETES REQUISES***

*18. NARCOTIQUES, ACCIDENTS-INCIDENTS, INFECTIONS, PROCEDES DE SOINS,...*

a-connaissance des principes régissant le contrôle des narcotiques.
b-capacité de contrôler les narcotiques.
c-connaissance des règles d'asepsie.
d-capacité d'appliquer et de contrôler l'asepsie.
e-connaissance des actes médicaux délégués, des actes infirmiers délégués et des tâches des préposés.
f-capacité de contrôler les procédés de soins relevant des actes délégués et autres.
g-connaissance des règles de gestion du Centre Hospitalier.
h-capacité de faire respecter ces règles de gestion.
i-capacité de contrôler l'ensemble du matériel et de ses équipements.
j-...

***AUTRES:...***

Appendice 3

***QUESTIONNAIRE SUITE A L'ACTIVITE D'IDENTIFICATION D'UN PROJET INDIVIDUEL DE PERFECTIONNEMENT***

BONJOUR,

Tu as complété l'identification d'un projet individuel de perfectionnement. Suite à cette activité et au suivi que tu lui as donné à date, pourrais-tu écrire les réflexions surgissant à ton esprit sur les sujets suivants:

*CRITIQUE DE L'ACTIVITE:

-Intérêt:

-Utilité:

-Pertinence:

-Degré de difficulté:

-Climat:

-Temps alloué:

-Présence de la chercheuse:

-Etc...

*CONNAISSANCES NOUVELLES ACQUISES DEPUIS LE PROJET:

*AIDE APPORTEE (PAR CES CONNAISSANCES) DANS LE TRAVAIL ET EFFETS RESSENTIS:

*FAITS DEMONTRANT CES EFFETS:

*REACTIONS DES PAIRS:

*REACTIONS PERSONNELLES: ...JE ME SENS.....

MERCI DE TA COLLABORATION. SVP ME FAIRE PARVENIR CE DOCUMENT POUR LE 8 FEVRIER 1990.